

Rapporto medico iniziale

Assicurazione di responsabilità civile

GLN

Sinistro numero

Legge

Data/ora dell' inf.

Paziente

Nome

Cognome

Strada

NPA / Località

Sesso

Tel.

Data di nascita

Mail

Nazionalità

Professione svolta

Onere lavorativo

ore al giorno

Datore di lavoro

Ditta

Reparto

Strada

NPA / Località

Tel.

Mail

1. Prima consultazione

Data

Ora

Nome

Luogo

Specializzazione

2. Indicazioni del paziente

Fattispecie e disturbi invocati. Ricaduta?

Rapporto medico iniziale

Assicurazione di responsabilità civile

3. Stato generale

Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali, ecc.)?

☐ Sì ☐ No

Se sì, quali?

4. Reperto oggettivo

Lesione morfologica

Danno funzionale

Esami e diagnostica per immagini con copie dei referti

5. Diagnosi

Codice ICD e diagnostica differenziale

Rapporto medico iniziale

Assicurazione di responsabilità civile

6. Conseguenze dell' infortunio

I reperti elencati alla cifra 4 sono compatibili con l'evento dichiarato dal paziente e plausibili?

☐ Sì ☐ No

7. Terapia

a) Procedere/Proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale, ecc.)

b) Il paziente è ospedalizzato? ☐ Sì ☐ No

Se sì, dove?

8. Inabilità lavorativa

Data della creazione	Capacità di lavoro esigibile (in % del lavoro usuale)	Tempo di presenza in ditta esigibile (ore al giorno)	Ev. in %:	Inabilità lavorativa dal	Inabilità lavorativa fino al

La ripresa del lavoro prima del fine settimana è possibile? ☐ Sì ☐ No

Ripresa dell'attività lavorativa a patire dal per ore al giorno
Presumibilmente tra settimane per ore al giorno

9. Chiusura della cura medica

☐ Sì il
☐ No presumibilmente tra settimane

Rapporto medico iniziale

Assicurazione di responsabilità civile

10. Osservazioni

Medico

Telefono

GLN

eMail

Fax

RCC

Firma

non necessario se presentato elettronicamente

Data

Invio elettronico