

Certificato medico d'incapacità lavorativa all'attenzione del medico consulente degli assicuratori vita

GLN

Caso

Motivo del trattamento Malattia Incidente

N. polizza / N. contratto / Numero d'assicurazione sociale

Inizio incapacità lavorativa:

1. Paziente

Nome

Strada

Sesso

Data di nascita

Cognome

NPA / Località

Tel.

Mail

2. Professione

Professione/i esercitata/e:

Grado di occupazione ore/giorno giorni/settimana

Lavoratore dipendente

Lavoratore indipendente

Senza attività lucrativa

3. Trattamento

Da quando è in atto il trattamento ambulatoriale presso di lei? Fino al?

Prima di lei, in cura da (nome, indirizzo, specializzazione e durata):

Dopo di lei, in cura da (nome, indirizzo, specializzazione e durata):

Trattamento/cura in regime stazionario: Dove?

[Redacted area for stationery treatment/care location]

Da quando a quando? [Redacted] [Redacted]

In caso di interventi chirurgici, quali? [Redacted]

Quando e dove? [Redacted] [Redacted]

4. Anamnesi

a) Quando e come si è manifestato il disturbo per la prima volta?

[Redacted area for first manifestation of the disorder]

b) Indicazioni soggettive del paziente:

[Redacted area for patient's subjective indications]

c) Il paziente è già stato trattato in precedenza per questo disturbo?

Sì

No

Se sì, dove?

[Redacted area for previous treatment location]

Quando? [Redacted]

d) Terapie precedenti:

[Redacted area for previous therapies]

e) Sussistono malattie precedenti e/o conseguenze di infortuni?

Sì

No

Se sì, quali?

Da quando?

Chi era il medico curante/presso quale ospedale?

Influiscono sul processo di guarigione?

Sì

No

Se sì, in che modo?

5. Referti oggettivi

Esami, referti con immagini radiologiche, accertamenti medici e rapporti di dimissione (si prega di allegare le copie):

Quali?

Data?

6. Diagnosi

Codice ICD ed eventuale/i diagnosi differenziale/i:

Con influsso
sulla capacità
lavorativa

Senza influsso
sulla capacità
lavorativa

Limitazione oggettiva delle attività svolte attualmente:

7. Altri fattori

Sussistono circostanze particolari che possono influire negativamente sul processo di guarigione (ad es. contesto professionale, ambiente sociale, tragitto lavorativo, dipendenze)? Se sì, quali?

Sì

No

8. Terapie

a) Trattamento attuale e farmaci (posologia compresa):

b) Procedure/proposte (diagnostica per immagini, esami specialistici, trattamenti, ecc.):

c) Prognosi:

9. Incapacità lavorativa

Data della creazione	Capacità lavorativa ragionevolmente esigibile (in % del carico usuale):	Presenza ragionevolmente esigibile in azienda (ore/giorno):	Incapacità lavorativa in %:	Incapacità lavorativa dal:	Incapacità lavorativa fino al:

Ripresa dell'attività lavorativa: prevista dal: per ore/giorno
prevedibilmente tra: settimane per ore/giorno

10. Reintegrazione

a) È possibile lo svolgimento di un altro lavoro/attività ammissibile? Sì No

Se sì, di che tipo e in quale misura?

b) Viene già svolto un nuovo lavoro/attività? Sì No

Se sì, quale?

c) Sussistono limitazioni nello svolgimento del nuovo lavoro/attività? Sì No

Se sì, quali

d) Sotto il profilo medico, sussiste una limitazione per la guida di un veicolo? Sì No

Se sì, quale?

11. Consultazioni

Data dell'ultima consultazione

Data della prossima consultazione

12. Altri Assicuratori

Sono coinvolti altri fornitori di prestazioni (assicuratore infortuni, assicuratore d'indennità giornaliera di malattia, AI, AM, ecc.) Se sì, quali?

Sì

No

13. Osservazioni

Medico
Indirizzo

Telefono

Fax

GLN

RCC

eMail

Firma _____
non necessario se presentato elettronicamente

Data

**Invio
elettronico**