Rapport médical abrégé

Indemnité journalière maladie

Helsana

Patient

Nom		Prénom	
Rue		NP / lieu	
Sexe		Tél.	
Date de naissance		Mail	

Profession exercée ◯ intellectuelle ◯ physique

Employeur

Entreprise		Département	
Rue		NP / lieu	
Tel. / Fax		Mail	

Cause

◯ Maladie ◯ Accident ◯ Grossesse Date prévue de l'accouchement:

Quel diagnostic justifie l'incapacité de travail actuelle?

Code de diagnostic ICD-10

Incapacité de travail dans l'activité actuelle

Charge de travail raisonnablement exigible (% de la charge de travail habituelle)	Présence raisonnablement exigible dans l'entreprise (heures/jour)	IdT en %	Incapacité de travail du	Incapacité de travail au

Reprise du travail prévue à partir du à raison de heures par jour

Autres médecins impliqués?

◯ Non ◯ Oui, nom, adresse, spécialité et, si disponibles, leurs rapports médicaux

Veuillez joindre les copies de rapports demandées Rapport d'opération, rapport de consultation, rapport de sortie, rapport de laboratoire, rapport IRM, rapport TD (au choix)

La personne assurée est-elle / sera-t-elle hospitalisée?

◯ opération ◯ stationnaire ◯ partiellement stationnaire ◯ non

Date			
Hôpital		département	
Rue		NP / lieu	
Tél / Fax		Mail	

Prévision

Durée de l'incapacité de travail

◯ déjà acquise au reprise prévu pour le

◯ dans 0 – 2 mois

◯ dans 2 – 4 mois

◯ dans 4 – 6 mois

◯ dans > 6 mois

Rapport médical abrégé

Indemnité journalière maladie

Helsana

Remarques

Médecin:

Tél:

Fax:

GLN:

NCC:

eMail:

Date

Transmission électronique

Avec le bouton **«Envoyer»** vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à Helsana.