Rapporto medico iniziale

Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia

ASA | SVV
Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Seleziona assicuratore...

GLN

Caso

Legge LAMal Sinistro numero Inizio dell'inabilità lavorativa

Paziente

Nome Cognome
Strada NPA / Località
Sesso Tel.
Data di nascita Mail
Professione svolta Onere lavorativo ore al giorno
Nazionalità

Datore di lavoro

Ditta Reparto
Strada NPA / Località
Tel. Mail

1. Prima consultazione

Data Ora
Nome Luogo
Specializzazione

2. Causa

◯ Malattia ◯ Incidente ◯ Malattia professionale ◯ Indefinito
◯ Gravidanza Previsione data del parto

3. Anamnesi

a) Quando e come si sono manifestati i primi sintomi del disturbo?

b) Il paziente ha già ricevuto in passato cure per questo disturbo? ◯ Sì ◯ No Se sì, dove?

Rapporto medico iniziale

Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia

c) Terapie eseguite finora

d) Indicazioni soggettive del paziente

e) Quali malattie e infortuni subiti in passato influenzano la guarigione?

f) Ulteriori informazioni

4. Reperto oggettivo

Lesione morfologica

Danno funzionale

Esami e diagnostica per immagini con copie dei referti

Rapporto medico iniziale

Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia

5. Diagnosi

Codice ICD-Code e diagnostica differenziale

con effetti sull' inabilità lavorativa

senza effetti sull' inabilità lavorativa

Restrizioni oggettive in merito all'attività attuale

6. Altri fattori

Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (per es. ambiente di lavoro, circostanze sociali, pendolarismo, tossicomanie)?

◯ Sì ◯ No Se sì, quali?

7. Terapia

a) Trattamento attuale

b) Interventi / proposte (diagnostica di immagini, analisi e terapie di specialisti, ecc.)

Rapporto medico iniziale

Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia

c) Il paziente è o deve essere ospedalizzato o operato?

◯ Sì ◯ No Se sì, dove e quando?

d) Altri medici o terapeuti coinvolti?

Nome

Luogo

Da quando

Specializzazione

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 partire dal per ore al giorno

Presumibilmente tra settimane per ore al giorno

9. Dati delle consultazioni

Dati delle consultazioni finora

Prossimo termine

10. Altri assicuratori

Vi sono altri assicuratori coinvolti (LAINF, cassa malati, AI, Cassa pensione, ecc.)?

◯ Sì ◯ No Se sì, quali?

Rapporto medico iniziale

Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia

11. Osservazioni

In merito alle agevolazioni di reintegrazione (per es.: facilitazioni sul lavoro, trasporto fino al luogo di lavoro, aiuti sociali o famigliari, altre misure non strettamente mediche)

Medico

Telefono

Fax

GLN

RCC

eMail

Firma

non necessario se presentato elettronicamente

Data

Invio elettronico

«Invio diretto» è disattivato perché il destinatario non può essere indirizzato in modo sicuro (HIN-Mail|Medidata)!