Referto medico breve

Indennità giornaliera malattia

Helsana

Paziente

Cognome | Nome

Strada | NPA / Località

Sesso | Tel.

Data di nascita | eMail

Professione esercitata ◯ intellettuale ◯ manuale

Datore di lavoro

Ditta | Reparto

Strada | NPA / Località

Tel. / Fax | eMail

Causa

◯ Malattia ◯ Infortunio ◯ Gravidanza Data prevista del parto:

Quale diagnosi è alla base dell'attuale incapacità al lavoro?

Codice diagnostico ICD-10

Incapacità lavorativa nell'attuale attività lavorativa

Capacità esigibile di sostenere carichi (% del carico abituale)	Presenza esigibile sul posto di lavoro (ore/ giorno)	IL in %	Incapacità al lavoro dal	Incapacità al lavoro fino al

Ripresa del lavoro prevista dal per ore/giorno

Altri medici coinvolti? ◯ No ◯ Sì, nome, indirizzo, specializzazione e, se disponibili, i loro rapporti medici

Per favore allegare Rapporto operatorio, rapporto consulto medico, rapporto di dimissione, referto di laboratorio, referto risonanza magnetica, referto TAC (a scelta)

La persona assicurata è/verrà ricoverata?

◯ Intervento ◯ Stazionario ◯ Parzialmente stazionario ◯ No

Data

Ospedale | Reparto

Strada | NPA / Località

Tel. / Fax | eMail

Prognosi

Durata inabilità lavorativa ◯ Già conclusa, al ripresa prevista il

◯ 0 – 2 mesi

◯ 2 – 4 mesi

◯ 4 – 6 mesi

◯ > 6 mesi

Referto medico breve

Indennità giornaliera malattia

Helsana

Osservazioni

Medico:

Telefono:

Fax:

GLN:

RCC:

eMail:

Data:

Invio elettronico

Il pulsante **«Invia»** permette l'invio elettronico dei dati alla Helsana.