

Rapporto medico iniziale

Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia

GLN

Caso

Legge Sinistro numero Inizio dell'inabilità lavorativa

Paziente

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Strada	<input type="text"/>	NPA / Località	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>
Professione svolta	<input type="text"/>	Onere lavorativo	<input type="text"/> ore al giorno
Nazionalità	<input type="text"/>		

Datore di lavoro

Ditta	<input type="text"/>	Reparto	<input type="text"/>
Strada	<input type="text"/>	NPA / Località	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>

1. Prima consultazione

Data	<input type="text"/>	Ora	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Luogo	<input type="text"/>
		Specializzazione	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 familiari, altre misure non strettamente mediche)

Medico

Telefono

Fax

GLN

RCC

eMail

Firma

_____ non necessario se presentato elettronicamente

Data

Invio elettronico