

Rapporto confidenziale

Le informazioni raccolte attraverso questo documento saranno trattate con la massima riservatezza e sono soggette alle regole etiche del segreto professionale. Si prega di barrare le caselle corrispondenti e di fornire eventuali commenti o date per le risposte affermative, se lo si desidera.

Non è necessario convocare il paziente.

Cliente

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<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"/>	eMail	<input type="text"/>
Numero del cliente	<input type="text"/>	N. della proposta	<input type="text"/>

Dati vitali e tabacco

Altezza: cm peso: kg data:

Pressione arteriosa: mmHg sistolica / mmHg diastolica data:

Tabagismo: no sì Se sì, di che tipo? Quantità giornaliera? E-sigarette: no sì

 Ex fumatore: no sì Da quando?

1. Diagnosi con data e sintomi

2. Genere del(i) trattamento(i) e/o nome(i) del(i) medicamento(i)

(si prega di specificare la data, la durata e la causa)

3. Complicazione(i) o postumo(i) no si

4. Incapacità di lavoro

Dal	Al	Grado (%)	Causa
<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"/>

5. Data dell'ultima consultazione

Motivi:

Risultati:

6. La persona da assicurare è a conoscenza di tutte le diagnosi?

no si

7. Le sono note altre malattie, incidenti o fattori di rischio trattati da lei stesso o da altri medici?

(Non è necessario menzionare: tonsille, appendicite, influenza, raffreddore, parotite, morbillo, rosolia, varicella, contraccettivi, parto e controlli ginecologici con risultati normali)

no si

Se sì: Quali ? Data? Durata? Nome e indirizzo del medico?

Natura del(i) trattamento(i) e/o nome(i) del(i) medicamento(i):

8. Altre osservazioni

no si

Osservazioni

Nel caso in cui siano stati effettuati degli esami particolari, la preghiamo di indicarne i risultati e i relativi valori normali.

9. Fatturazione

no si

In alternativa, la fattura cartacea può essere inviata a "**Mobiliare Svizzera Società d'assicurazioni sulla vita SA, Casa postale, 1260 Nyon**" secondo il modulo standard.

- Onorari
- Rapporto breve: CHF 60.-
 - Rapporto dettagliato: CHF 80.-
 - Rapporto dettagliato e impegnativo: CHF 140.-
 - Altro importo: CHF

Dati bancari/IBAN

Si prega di notare che il QR-IBAN non può essere utilizzato!

Nota di pagamento

Medico /
Terapeuta

Telefono:

Fax:

eMail:

Data:

Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.