

Rapport médical initial

Assurance responsabilité civile

GLN



Numéro de sinistre

Loi

Date/heure

Patient

Nom

Prénom

Rue

NP / lieu

Sexe

Tel.

Date de naissance

Mail

Nationalité

Profession exercée

Temps de travail h/j

Employeur

Entreprise

Département

Rue

NP / lieu

Tel.

Mail

1. Premiers soins

Date

Heure

Nom

Lieu

Spécialité méd.

2. Indications du patient

Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?

Rapport médical initial

Assurance responsabilité civile

3. Etat général

Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (par ex. maladies antérieures, accidents, circonstances sociales)?

oui non

Si oui, lesquelles?

4. Constatations objectives

Atteinte morphologique

Atteinte fonctionnelle

Examens et procédés d'imagerie avec copies des diagnostics

5. Diagnostic(s)

Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s)

Rapport médical initial

Assurance responsabilité civile

6. Suites de l'accident

Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles?

oui non

7. Thérapie

a) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin d'arrondissement, etc.)

b) Le patient est-il hospitalisé? oui non

Si oui, où?

8. Incapacité de travail

Date de création	Capacité de travail raisonnablement exigible (en % de la charge habituelle) :	Présence raisonnablement exigible au sein de l'entreprise (h/jour) :	IT en % :	Incapacité de travail du :	Incapacité de travail au :
<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 reprise du travail avant le week-end est-elle possible? oui non

Reprise du travail: prévue à partir de à raison de h/j
vraisemblablement dans semaines à raison de h/j

9. Traitement terminé

oui le:

non probablement dans semaines

Rapport médical initial

Assurance responsabilité civile

10. Remarques

Médecin

Tél. Fax
GLN RCC
eMail

Signature _____
inutile en cas d'envoi électronique

Date

**Transmission
électronique**