

Rapporto medico iniziale

Assicurazione di responsabilità civile

GLN

Sinistro numero

Legge

Data/ora dell' inf.

Paziente

Nome

Strada

Sesso

Data di nascita

Nazionalità

Professione svolta

Cognome

NPA / Località

Tel.

Mail

Onere lavorativo

ore al giorno

Datore di lavoro

Ditta

Strada

Tel.

Reparto

NPA / Località

Mail

1. Prima consultazione

Data

Nome

Ora

Luogo

Specializzazione

2. Indicazioni del paziente

Fattispecie e disturbi invocati. Ricaduta?

[Area di testo grigia per le indicazioni del paziente]

Rapporto medico iniziale

Assicurazione di responsabilità civile

3. Stato generale

Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali, ecc.)?

Sì No

Se sì, quali?

4. Reperto oggettivo

Lesione morfologica

Danno funzionale

Esami e diagnostica per immagini con copie dei referti

5. Diagnosi

Codice ICD e diagnostica differenziale

Rapporto medico iniziale

Assicurazione di responsabilità civile

6. Conseguenze dell' infortunio

I reperti elencati alla cifra 4 sono compatibili con l'evento dichiarato dal paziente e plausibili?

Sì No

7. Terapia

a) Procedere/Proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale, ecc.)

b) Il paziente è ospedalizzato? Sì No

Se sì, dove?

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. Chiusura della cura medica

Sì il
 No presumibilmente tra settimane

Rapporto medico iniziale

Assicurazione di responsabilità civile

10. Osservazioni

Medico

Telefono

Fax

GLN

RCC

eMail

Firma

non necessario se presentato elettronicamente

Data

**Invio
elettronico**