

# Referto medico breve

Indennità giornaliera malattia

# Helsana

## Paziente

Cognome   
Strada   
Sesso   
Data di nascita   
Professione esercitata  intellettuale  manuale

Nome   
NPA / Località   
Tel.   
eMail

## Datore di lavoro

Ditta   
Strada   
Tel. / Fax

Reparto   
NPA / Località   
eMail

## Causa

Malattia  Infortunio  Gravidanza

Data prevista del parto:

## Diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa

Sono coinvolti altri medici specialisti?  Sì, nome, indirizzo e specializzazione  No

## La persona assicurata è/verrà ricoverata?

Intervento  Stazionario  Parzialmente stazionario  No

Ospedale   
Strada   
Tel. / Fax   
Data

Reparto   
NPA / Località   
eMail

## Quando è prevista una capacità lavorativa del 100%?

Già conclusa, al   
 0 – 2 mesi  
 2 – 4 mesi  
 4 – 6 mesi  
 > 6 mesi

**Osservazioni**

Area vuota per le osservazioni mediche.

Medico:

Telefono:

Fax:

GLN:

RCC:

eMail:

Data:

**Invio elettronico**

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

Area vuota per l'invio elettronico dei dati.