

## Questionario medico

N° di cliente

Incarto n°

Nome e cognome

Data di nascita

Incapacità lavorativa del

Richiesta del

Indirizzata a

### Constatazioni mediche

1.1. Diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa: Esistente da


1.2. Diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa: Esistente da


1.3. ☐ Malattia

☐ Gravidanza, termine previsto / parto il:

☐ Infortunio, data dell'evento:

1.4. Anamnesi (in relazione con l'incapacità lavorativa) :

1.5. Quali sono i disturbi di cui si lamenta il paziente attualmente?

1.6. Questi disturbi possono essere oggettivabili?

☐ No

☐ Sì, descrizione degli elementi oggettivi dell'esame fisico e dell'indagine medica:

Si prega di allegare una copia dei relativi rapporti.

1.7. Peso: \_\_\_\_\_ kg Altezza: \_\_\_\_\_ cm Valore recente della pressione: \_\_\_\_\_

1.8. Sintomi attuali e loro grado di gravità (L = Leggero, M = Medio, I = Intenso):

	L	M	I
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.9. Descrizione delle limitazioni oggettive riscontrate nella professione o nella sfera d'attività del paziente:

1.10 La capacità lavorativa sarebbe influenzata in modo positivo se il paziente avesse un nuovo posto di lavoro? In caso affermativo, presso un altro datore di lavoro?

☐ No ☐ Sì, da quando e a quale tasso: \_\_\_\_\_

2.1. Farmaci (nome – posologia):

2.2. Il/la paziente è stato/a sottoposto/a o verrà sottoposto/a a:

- |                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| a) degli esami o test       | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì, date e tipo:  |
| b) un intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì, data e tipo:  |
| c) altri trattamenti        | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì, precisare:    |
| d) un'ospedalizzazione      | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì, data e luogo: |

Si prega di allegare una copia dei relativi rapporti.

2.3. Consultazione presso uno specialista:: ☐ No ☐ Sì, precisare:

2.4. Calendario delle vostre consultazioni in relazione alla presente incapacità lavorativa:

2.5. Prossima consultazione:

2.6. Collaborazione del/la paziente al trattamento prescritto: ☐ eccellente ☐ media ☐ mediocre

3.1. Periodi e grado d'inabilità nell'attività svolta attualmente:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ %

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ %

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ %

3.2. Ripresa totale prevista per il:

o durata approssimativa dell'incapacità a partire dalla data della redazione del presente rapporto:

3.3. Il paziente è abile a esercitare un'attività più adeguata al suo stato di salute?

☐ No

☐ Sì, da quando e a quale tasso:

Quali sono le limitazioni che devono essere rispettate nell'attività adeguata?

3.4. Sussistono delle ragioni non mediche che impediscono una ripresa lavorativa ?

☐ No

☐ Sì, quali ?

**La invitiamo ad allegare al suo rapporto una copia di tutti gli atti medici (risultati di analisi, referto medico ecc.) in relazione al presente evento.**

Luogo e data:

Timbro e firma: