

Rapporto medico iniziale Assicurazione contro gli infortuni

LAINF LCA

Sinistro numero		Data/ora dell' inf.:	
Datore di lavoro			
Pazientet	Nome Cognome Onere lavorativo Professione svolta	ore al giorno	N° AVS Data di nascita Nazionalità Sesso
1. Prima consultazione	Data Nome Specializzazione		Ora Luogo
2. Indicazioni del paziente	Fattispecie e disturbi invocati. Ricaduta?		
3. Stato generale			
Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali, ecc.)? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Se sì, quali?			
4. Reperto oggettivo			
Reperto radiologico			
5. Diagnosi			
Codice ICD-Code e diagnostica differenziale			

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	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:

La ripresa del lavoro prima del fine settimana è possibile? Sì No

Ripresa dell'attività lavorativa: a patire dal: _____ per _____ ore al giorno
 Presumibilmente tra: _____ settimane per _____ ore al giorno

9. Chiusura della cura medica Sì il : _____
 No presumibilmente tra _____ settimane

10. Osservazioni

Luogo e data :

Indirizzo del medico :

Firmadel medico:
(superfluo per invio elettronico)

EAN :

CCMS :

Tél :
E-mail :