

Rapporto medico iniziale

Assicurazione contro gli infortuni

LAINF

LCA

Sinistro numero:

Data/ora dell' inf.:

Datore di lavoro

Paziente

Nome: _____ NAS: _____
Cognome: _____ Data di nascita: _____ Sesso: _____
Onere lavorativo: _____ ore al giorno Nazionalità: _____
Professione svolta: _____

1. Prima consultazione

Data: _____ Ora: _____
Nome: _____ Luogo: _____
Specializzazione: _____

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.)?

Sì 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 partire 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:

Firma del medico: <small>(superfluo per invio elettronico)</small>

EAN:

CCMS:

Tel.:
e-mail: