

## Primo rapporto medico sull'incapacità al lavoro Previdenza privata

### 1. Persona assicurata

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Via/n°	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	N° polizza	<input type="text"/>

### 2. Causa dell'incapacità al lavoro

#### Definizione incapacità al lavoro:

E' considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. L'incapacità al lavoro viene valutata in base ai dati medici. È quindi compito del medico curante stabilire in modo comprensibile in che misura le capacità della persona assicurata sono limitate dal suo danno alla salute.

Estratto dell'anamnesi dal:

2.1 Causa dell'incapacità al lavoro?  Malattia  Malattia professionale  Infortunio  Gravidanza

	Quando esattamente si sono presentati i primi sintomi?	Diagnosi e codici ICD
Malattia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
	Data dell'infortunio	Tipo di infortunio
Infortunio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>

2.2 In passato la persona assicurata è già stata malata per la medesima affezione?  Sì  No

Se sì, dal	al
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.3 In passato la persona assicurata è già stata in cura medica per la stessa affezione?  Sì  No

Se sì, dal	al
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome/indirizzo medico curante



2.4 In passato la persona assicurata è già stata inabile al lavoro per la stessa affezione?  Sì  No

<b>Se sì, dal</b>	<b>al</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.5 Si tratta di una ricaduta?  Sì  No

**Se sì, descrizione dettagliata**

2.6 I disturbi sono spiegabili in base ai referti rilevati?  Sì  No

**Se no, descrizione dettagliata**

2.7 E' indicata o prevista una visita specialistica?  Sì  No

<b>Nome/indirizzo medico</b>	<b>Data</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

.....

**3. Trattamento ambulatoriale**

	<b>dal</b>		<b>al</b>		<b>Data ultimo controllo</b>		
<b>Eseguito da Lei</b>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<b>Prima di Lei</b> eseguito dal dott.	<input type="text"/>					<b>dal</b>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>						
<b>Dopo di Lei</b> eseguito dal dott.	<input type="text"/>					<b>dal</b>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>						

.....

**4. Trattamento ospedaliero/cura**

**Nome/indirizzo clinica/ospedale**

**dal**  **al**



**5. Anamnesi**

5.1 Decorso cronologico, terapia eseguita finora:

Five horizontal grey bars for text entry.

5.2 Sintomi attuali/condizioni attuali:

Five horizontal grey bars for text entry.

5.3 Prognosi:

Three horizontal grey bars for text entry.



**6. Tipo ed entità del trattamento attuale**

6.1 Medicazione attuale (dose compresa):

Three horizontal grey bars for text entry.

6.2 Raccomandazione per la terapia futura:

Three horizontal grey bars for text entry.



.....

## 7. Incapacità al lavoro

7.1 Grado e durata dell'incapacità al lavoro in riferimento al lavoro o all'attività finora svolti:

%	dal	al	%	dal	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"/>

7.2 Quali limitazioni presenta la persona assicurata e per quali attività?

  

7.3 Questo certificato vale come certificato finale?

Sì  No

7.4 Prossimo certificato medico:

tra 4 settimane

tra 3 mesi

tra settimane:

.....

## 8. Ripresa dell'attività o del lavoro finora svolto

8.1 Sono previsti una ripresa del lavoro o dell'attività o un aumento della capacità al lavoro?

Sì  No

**Se sì, %, dal?**

  

8.2 Sono indicati dei provvedimenti professionali?

Sì  No

**Se sì, quali, da parte di chi?**

  
  

.....

## 9. Altro lavoro o altra attività ragionevolmente esigibile

9.1 E' ragionevolmente possibile svolgere un altro lavoro o un'altra attività?

Sì  No

**Se sì, quale, in che misura?**

  


9.2 Vengono già svolti un nuovo lavoro o una nuova attività?  Sì  No

**Se sì, quale, in che misura?**

  

9.3 Limitazione nel nuovo lavoro o attività? Si prospetta un danno permanente?  Sì  No

**Se sì, di che tipo?**

  

.....

## 10. Altre assicurazioni

Il caso di prestazioni è stato notificato a un'altra compagnia di assicurazioni svizzera o estera?  Sì  No

	Nome/indirizzo	Data notifica
<input type="checkbox"/> Assicurazione invalidità	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assicurazione infortuni	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assicurazione militare	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altra assicurazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....

## 11. Informazioni supplementari, complementi, proposte

  

**Compenso del medico:** rapporto breve CHF 60.00 / rapporto con maggiori informazioni CHF 80.00 / rapporto particolarmente dettagliato CHF 140.00

.....

## 12. Firma

Apponendo la Sua firma conferma la completezza e la correttezza dei dati forniti.

**Luogo/data**

**Firma/timbro medico**

