

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

Se sì, dal	al
<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

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

.....

3. Trattamento ambulatoriale

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

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

