

## Diagnostic

Indemnité journalière maladie

Numéro de dossier

Début de l'incapacité de travail

Employeur

Personne assurée

Nom, prénom

Date de naissance

Sexe

Nationalité

Taux d'occupation

heures/semaine

Profession exercée

1 Première prise en charge

Date

Durée

Nom

Localité

Spécialité

2 Cause

Maladie

Accident

Maladie professionnelle

Indéterminé

Grossesse

Date prévue du terme

3 Diagnostic(s) CIM-10  
avec impact sur l'incapacité  
de travail

4 Début de l'incapacité de travail  
(IT)

Date

Degré IT

4.1 Prévion

Durée de l'incapacité de travail

0-2 mois

2-4 mois

4-6 mois

> 6 mois

Remarques

Lieu et date

Adresse du médecin

Téléphone

E-mail

Signature et timbre du médecin

RCC

IBAN