

Rapport intermédiaire psychiatrique

Indemnité journalière maladie

Numéro de dossier

Début de l'incapacité de travail

Employeur

Personne assurée

Nom, prénom

Date de naissance

Sexe

Taux d'occupation

heures/semaine

Nationalité

Profession exercée

Début du traitement (Date)

1 Diagnostic(s) ICD-10 avec
impact sur l'incapacité de travail

2 Résultat psychopathologique

3 Médication antérieure et actuelle
Merci de joindre une copie des
résultats de laboratoires récents

3.1 Intervalle de traitement jusqu'à
présent et futur

3.2 D'autres médecins spécialistes
sont-ils impliqués ?

Non

Oui

Si oui, lesquels ? Veuillez indiquer le nom et l'adresse

4 Efficacité thérapeutique
jusqu'ici

Pour de plus amples explications, une annexe est à votre disposition.

Annexe:

Lieu et date

Adresse du médecin

Téléphone

E-mail

Signature et timbre du médecin
(signature du psychiatre impérativement obligatoire)

IBAN

RCC
