

## Rapport 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 Anamnèse  
Quand et comment les troubles sont-ils survenus pour la première fois? Évolution chronologique

2.1 Quelles maladies antérieures et quels accidents influent sur le processus de guérison?

3 Résultat psychopathologique

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

4.1 Intervalle de traitement jusqu'à présent et futur

5 Quelle est la forme de thérapie utilisée?  
Veuillez décrire les résultats de la thérapie jusqu'à présent

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

---