

## Diagnosi

Indennità giornaliera di malattia

Numero del caso

Inizio dell'incapacità al lavoro

Datore di lavoro

Persona assicurata

Cognome, nome

Data di nascita

Sesso

Nazionalità

Grado di occupazione

ore/settimana

Professione esercitata

1 Primo trattamento

Data

Durata

Nome

Località

Specializzazione

2 Causa

Malattia

Infortunio

Malattia professionale

Indeterminata

Gravidanza

Data prevista del parto

3 Diagnosi ICD-10 con  
ripercussioni sull'incapacità  
al lavoro

4 Inizio inabilità lavorativa (IL)

Data

Grado IL

4.1 Prognosi

Durata inabilità lavorativa

0-2 mesi

2-4 mesi

4-6 mesi

> 6 mesi

Osservazioni

Luogo e data

Indirizzo del medico/della dottoressa

Telefono

E-mail

Firma e timbro del medico/della dottoressa

RCC

IBAN