

Referto medico breve

Indennità giornaliera malattia

Numero del caso

Paziente

Nome Cognome

Data di nascita

Sesso

Datore di lavoro

Professione esercitata intellettuale manuale

Causa

Malattia Infortunio

Gravidanza Data prevista del parto

Diagnosi con ripercussioni
sulla capacità lavorativa

Codice diagnostico ICD-10

Sono coinvolti altri medici
specialisti?

Sì

Nome

Indirizzo

Specializzazione

No

La persona assicurata
è/verrà ricoverata?

Intervento Stazionario Parzialmente stazionario No

Quando e dove?

Quando è prevista una
capacità lavorativa
del 100%?

Già conclusa, al

0 – 2 mesi

2 – 4 mesi

4 – 6 mesi

>6 mesi

Osservazioni

Luogo e data

Indirizzo del medico

Firma del medico

EAN

RCC

Tel.

E-mail