

## Referto medico breve

Indennità giornaliera malattia

<b>Numero del caso</b>		<b>Inizio dell'incapacità al lavoro</b>	
<b>Persona assicurata</b>	Nome Cognome		
	Nazionalità		
	Data di nascita	Sesso	
	Datore di lavoro		
	Grado di occupazione		
	Professione esercitata		
<b>1. Primo trattamento</b>	Data	Durata	Specializzazione
	Nome Cognome		
	NPA Luogo		
<b>2. Causa</b>	<input type="radio"/> Malattia	<input type="radio"/> Infortunio	<input type="radio"/> Malattia professionale
	<input type="radio"/> Indeterminata	<input type="radio"/> Gravidanza	
	Data prevista del parto		
<b>3. Quale diagnosi è alla base dell'attuale incapacità al lavoro?</b>	Codice diagnostico ICD-10		
	Diagnosi		
<b>4. Incapacità lavorativa nell'attuale attività lavorativa</b>	Carico di lavoro ragio- nevole(% del carico di lavoro abituale)	Presenza esigibile sul posto di lavoro (ore/giorno)	IL in % Incapacità al lavoro dal: Incapacità al lavoro fino al:
	Ripresa del lavoro prevista dal: al % ore/giorno		
<b>4.1 Prognosi Durata inabilità lavorativa</b>	<input type="radio"/> Già conclusa	al	ripresa prevista il
	<input type="radio"/> 0 – 2 mesi	<input type="radio"/> 4 – 6 mesi	
	<input type="radio"/> 2 – 4 mesi	<input type="radio"/> > 6 mesi	
<b>5. Altri medici coinvolti?</b>	Nome Cognome		
	Indirizzo		
	Specializzazione		
	Inviare i rapporti medici, se disponibili		
<b>6. Per favore allegare</b>	Rapporto operatorio, rapporto consulto medico, rapporto di dimissione, referto di laboratorio, referto risonanza magnetica, referto TAC (a scelta)		
	Se ospedalizzato(a): <input type="radio"/> intervento <input type="radio"/> stazionario <input type="radio"/> parzialmente stazionario		
	Quando:	Dove:	
Luogo e data	Indirizzo del medico	Firma del medico	
EAN	RCC	Tel.	
		E-mail	