

Rapporto intermedio psichiatrico

Indennità giornaliera di malattia

numero del caso

Inizio dell'incapacità al lavoro

Datore di lavoro

Persona assicurata

Cognome, nome

Data di nascita

Sesso

Grado di
occupazione

ore/settimana

Nazionalità

Professione
esercitata

Inizio del trattamento (Data)

**1 Diagnosi ICD-10 con
ripercussioni sull'incapacità al
lavoro**

2 Referto psicopatologico

**3 Medicazione precedente e
attuale**

Per favore allegare copie degli
attuali referti di laboratorio

**3.1 Frequenza del trattamento finora
e futura**

**3.2 Sono coinvolti anche altri medici
specialisti?**

No

Sì

Se sì, quali? Indicare il nome e l'indirizzo

**4 Esito della terapia praticata
finora**

Per ulteriori dettagli la preghiamo di consultare l'allegato

5 **Disturbi/Paure di carattere soggettivo**
(dal punto di vista della persona assicurata)

6 **Incapacità al lavoro (IL) sul posto di lavoro attuale**

IL in %	Incapacità al lavoro dal:	Incapacità al lavoro fino al:	Capacità ridotta in % nell'attività abituale	Capacità ridotta in % nell'attività adeguata
---------	---------------------------	-------------------------------	--	--

Ripresa del lavoro	prevista dal	per ore/giorno
	presumibilmente tra	settimane per ore/giorno

7 **Quali limitazioni fisiche, mentali o psichiche sussistono nel posto di lavoro attuale?**

8 **L'attività professionale svolta finora è ragionevolmente esigibile presso un altro datore di lavoro?**

Sì No prevista dal

9 **Un'altra attività adattata al decorso della malattia è auspicabile e possibile?**

No Sì

Se sì, che attività possono essere svolte:

a partire dal per ore/giorno carico lavorativo auspicabile: %

Luogo e data

Indirizzo del medico

Telefono

E-Mail

Firma e timbro del medico (**è richiesta la firma dello psichiatra**)

IBAN

RCC

Allegato:

Luogo e data

Indirizzo del medico

Telefono

E-Mail

Firma e timbro del medico (**è richiesta la firma dello psichiatra**)

IBAN

RCC
