

## Rapporto medico intermedio

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

**1.1 Diagnosi senza**  
ripercussioni sull'incapacità  
al lavoro  
(Indicare anche il codice ICD)

**2 Anamnesi / Referto medico**  
Per favore allegare copie di tutti i  
referti (laboratorio e MRI)

**3 Terapia e trattamento  
farmacologico attuali, altro  
sistema di cura**

**3.1 Trattamento stazionario /  
Operazioni / Riabilitazione?**

No

Sì. Dove e quando?

Motivo:

**3.2 Sono o vengono coinvolti  
altri medici o terapeuti?**

Cognome

Luogo

Da quando

Specializzazione

\*Per ulteriori dettagli la preghiamo di consultare l'allegato

4 Decorso della cura

5 Vi sono motivi non medici che hanno un influsso sulla capacità al lavoro (ad es. contesto lavorativo, perdita del posto, fattori del contesto sociale ecc.)?

No  Sì. Quali?

6 Quali limitazioni fisiche, mentali o psichiche sussistono nell'attività abituale?

6.1 Incapacità al lavoro riguardo all'attuale posto di lavoro

Capacità auspicabile di sostenere carichi (% del carico abituale)	Presenza auspicabile sul posto di lavoro (ore/giorno)	IL in %	Incapacità al lavoro dal:	Incapacità al lavoro fino al:

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

7 È prevedibile la ripresa dell'attività precedente risp. l'aumento dell'idoneità all'impiego?

No  Sì, a partire dal carico lavorativo auspicabile: per ore/giorno %

7.1 L'attività attuale è auspicabile che avvenga in un altro contesto lavorativo / presso un altro datore di lavoro?

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

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

No  Sì

Se sì, che attività possono essere svolte:

8 **Secondo parere**  
Ritiene utile una visita medica specialistica come secondo parere?

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

Nein  Ja

Se sì, che specializzazione?

9 **Annuncio AI**  
L'annuncio AI è stato effettuato?

No  Sì \_\_\_\_\_ Data

10 **Possibili misure d'integrazione**  
Esistono misure in grado di influire positivamente sulla capacità lavorativa?

No  Sì

Se sì, con che misure può essere aiutata la persona assicurata?

11 **Osservazioni**

Luogo e data

Indirizzo del medico

Telefono

E-mail

Firma e timbro del medico (non richiesti in caso d'invio in modalità elettronica)

RCC

IBAN

**Allegato:**

---

Luogo e data

---

Indirizzo del medico

Telefono

E-mail

---

Firma e timbro del medico (non richiesti in caso d'invio in modalità elettronica)

---

RCC

---

IBAN

---