

Rapporto 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 Anamnesi Quando e come si sono manifestati i primi disturbi? Decorso cronologico | | | |
| 2.1 Quali affezioni e infortuni pregressi influiscono sul processo di guarigione? | | | |
| 3 Referto psicopatologico | | | |
| 4 Medicazione precedente e attuale Per favore allegare copie degli attuali referti di laboratorio | | | |
| 4.1 Frequenza del trattamento finora e futura | | | |
| 5 Quale forma terapeutica viene utilizzata? Descrivere l'esito della terapia praticata finora | | | |

Per ulteriori dettagli la preghiamo di consultare l'allegato

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

7 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 |

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

9 Un'attività adattata presso il datore di lavoro attuale è ragionevolmente esigibile?

Sì No prevista dal

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

Sì No prevista dal

11 Un'attività adattata presso un altro datore di lavoro è ragionevolmente esigibile?

Sì No prevista dal

12 Quali misure di sostegno aiuterebbero il paziente a reinserirsi nel processo lavorativo?

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
