

Premier rapport médical

Indemnité journalière maladie

Numéro d'assuré(e)

Début de l'incapacité de travail

Employeur

Personne assurée

Nom, prénom

Date de naissance

Sex

Nationalité

Taux d'occupation heures/semaines

Profession exercée

1 Première prise en charge

Date

Temps

Nom

Localité

Spécialité

2 Cause

Maladie

Accident

Maladie professionnelle

Indéterminé

Grossesse

Date prévue de l'accouchement

3 Diagnostic(s) CIM-10 avec
impact sur l'incapacité de travail

3.1 Diagnostic(s) sans
impact sur l'incapacité de travail
(veuillez aussi indiquer le code CIM)

3.2 La personne assurée suivait-elle
déjà auparavant un traitement en
raison des troubles actuels?

Non

Oui, où et quand?

4 Diagnostic médical

Veuillez joindre les copies de tous
les rapports (radiographies, IRM, CT,
rapports de l'hôpital, etc.)

Pour de plus amples explications, une annexe est à votre disposition

5 **Traitement et médication actuels et concept de traitement ultérieur**

5.1 **La personne assurée est-elle / va-t-elle être hospitalisée ou opérée?**

Non Oui, où et quand?

6 **Autres médecins ou thérapeutes concernés?**

Nom

Localité

Depuis quand?

Spécialité

7 **Y a-t-il des facteurs non médicaux qui influent sur la capacité de travail (p. ex. environnement de travail, perte d'emploi, facteurs sociaux, etc.)?**

Non Oui, lesquels?

7.1 **L'activité actuelle dans un autre environnement de travail est-elle envisageable?**

Non Oui à partir du _____ à raison de _____ heures/jour

7.2 **Une autre activité adaptée à l'évolution de la maladie est-elle possible et peut-elle être raisonnablement exigée?**

Non Oui

Si oui, quelles activités peuvent être exercées?

Charge de travail de _____ heures/jour raisonnablement exigée
à partir du: _____ %

8 Incapacité de travail à la place de travail actuelle
Quelles limitations physiques, mentales ou psychiques avez-vous observées?

Charge de travail raisonnablement exigée (% de la charge de travail habituelle)	Présence raisonnablement exigée dans l'entreprise (heures/jour)	IdT en %	Incapacité de travail du:	Incapacité de travail au:

Reprise du travail prévue à partir du _____ à raison de heures/jour
vraisemblablement dans _____ semaines à raison de heures/jour

9 Dates des consultations
Dates des consultations à ce jour

Prochain rendez-vous

10 Autres assureurs
Y a-t-il d'autres prestataires concernés (LAA, caisse-maladie, AI, caisse de pension, etc.)?

Non Oui, lesquels?

11 Remarques

Lieu et date

Adresse du médecin

Téléphone

Courriel

Signature et timbre du médecin (superflus en cas d'envoi électronique)

RCC

IBAN

Annexe:

Lieu et date

Adresse du médecin

Téléphone

Courriel

Signature et timbre du médecin (superflus en cas d'envoi électronique)

RCC

IBAN
