

## Primo rapporto medico

Indennità giornaliera di malattia

Numero d'assicurato

Inizio dell'incapacità al lavoro

Datore di lavoro

Persona assicurata

Cognome, nome

Data di nascita

Sesso

Nazionalità

Grado di occupazione

Std./Woche

Professione esercitata

1 Primo trattamento

Data

Durata

Cognome

Luogo

Specializzazione

2 Causa

Malattia

Infortunio

Malattia professionale

Indeterminata

Gravidanza

Data prevista del parto

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

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

3.2 La persona assicurata aveva già  
ricevuto dei trattamenti a causa di  
questi disturbi?

No

Sì. Dove e quando?

4 Referto medico

Si prega di allegare le copie di tutti i  
rapporti (radiografie, MRI, CT, rapporti  
ospedalieri ecc.)

Per ulteriori dettagli la preghiamo di consultare l'allegato

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

5.1 **La persona assicurata è/verrà ricoverata o sottoposta a intervento chirurgico?**

No  Sì. Dove e quando?

6 **Altri medici o terapisti coinvolti?**

Cognome

Luogo

Da quando

Specializzazione

7 **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?

7.1 **L'attività attuale è auspicabile che avvenga in un altro contesto lavorativo?**

No  Sì A partire dal \_\_\_\_\_ 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?

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

**8 Incapacità al lavoro riguardo all'attuale posto di lavoro**

Quali limitazioni fisiche, mentali o psichiche sussistono?

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

**9 Dati delle consultazioni**

Dati delle consultazioni avvenute finora

Prossimo appuntamento

**10 Altri assicuratori**

Sono coinvolti altri erogatori di prestazioni (LAINF, cassa malati, AI, cassa pensioni ecc.)?

No  Sì. Quali?

**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

---