

Rapport intermédiaire psychiatrique

Indemnité journalière maladie

Numéro d'assuré(e)

Début de l'incapacité de travail

Employeur

Personne assurée

Nom, prénom

Date de naissance

Sexe

Nationalité

Taux d'occupation

heures/semaine

Profession exercée

Début du traitement (Date)

1 Diagnostic(s) ICD-10, y c.
dépendances avec impact
sur l'incapacité de travail

2 Résultat psychopathologique

(Merci de joindre une copie des résultats
de laboratoires récents, incl. Génotypage
ABCB1.)

3 Médication antérieure et actuelle

3.1 Intervalle de traitement jusqu'à
présent et futur

4 Efficacité thérapeutique jusqu'ici

5 Troubles/craintes subjectifs

(du point de vue de la personne
assurée)

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

6 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 ?

7 Incapacité de travail (IT) à la place de travail actuelle

à partir du _____ à raison de _____ heures/jour

charge de travail raisonnablement exigée : _____ %

IdT en %	Incapacité de travail de :	Incapacité de travail à :	Capacité réduite en % dans l'activité d'origine	Capacité réduite en % dans l'activité adaptée
----------	----------------------------	---------------------------	---	---

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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

Lieu et date

Adresse du médecin

Téléphone

E-mail

Signature et timbre du médecin

(signature du psychiatre impérativement obligatoire)

RCC

IBAN

Annexe :

Lieu et date

Adresse du médecin

Téléphone

E-mail

Signature et timbre du médecin
(signature du psychiatre impérativement obligatoire)

RCC

IBAN
