

## Rapporto intermedio psichiatrico

---

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

ore/settimana

Professione esercitata

Inizio del trattamento (Data)

**1 Diagnosi ICD-10 incl. malattie da dipendenza con ripercussioni sull'incapacità al lavoro**

**2 Referto psicopatologico**

(Per favore allegare copie degli attuali referti di laboratorio incl. I risultati del test ABCB1.)

**3 Medicazione precedente e attuale**

**3.1 Frequenza del trattamento finora e futura**

**4 Esito della terapia praticata finora**

**5 Disturbi/Paure di carattere soggettivo**

(dal punto di vista della persona assicurata)

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

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

No  Sì

Se sì, che attività possono essere svolte:

7 Incapacità al lavoro

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

laL 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

Luogo e data

Indirizzo del medico

Telefono

E-mail

Firma e timbro del medico  
(è richiesta la firma dello psichiatra)

RCC

IBAN

**Allegato:**

---

Luogo e data

---

Indirizzo del medico

---

Telefono

---

E-mail

---

Firma e timbro del medico

**(è richiesta la firma dello psichiatra)**

---

RCC

---

IBAN