

Rapporto psichiatrico

Indennità giornaliera di
malattia

Numero del caso

Inizio dell'incapacità al lavoro

Datore di lavoro

Persona assicurata

Nome Cognome

Grado di occupazione % Data di nascita
ore/settimana

Professione esercitata

1. Quale diagnosi è alla
base dell'attuale
incapacità al lavoro?

Codice diagnostico ICD-10:

2. Quali disturbi
influiscono sull'inabilità
lavorativa?

3. Rapporto
psicopatologico

4. Trattamento attuale /
andamento del
trattamento

**5. Medicamento,
incl. dosaggio**

**6. Capacità lavorativa
nell'attuale attività
lavorativa**

*Questa sezione deve essere
compilata dal medico!*

Capacità esigibile di sostenere carichi (% del carico abituale)	Presenza esigibile 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

**7. L'attività attuale è
auspicabile che
avvenga in un altro
contesto lavorativo /
presso un altro datore
di lavoro?**

*Questa sezione deve essere
compilata dal medico!*

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì, a partire dal	per	ore/giorno
	carico lavorativo auspicabile:		%

Domande mediche

8. Anamnesi patologica

**9. La persona assicurata è /
verrà ricoverata / sotto-
posta a intervento
chirurgico o a trattamento
parzialmente stazionario?**

<input type="radio"/> Intervento	<input type="radio"/> Stazionario	<input type="radio"/> Parzialmente stazionario
Quando	Dove	
<input type="radio"/> No		

10. Altri medici coinvolti?

Specializzazione (indirizzo incl.)	Specializzazione (indirizzo incl.)
------------------------------------	------------------------------------

Domande varie

20. La persona assicurata aveva già ricevuto dei trattamenti a causa di questi disturbi ed era risultata inabile al lavoro (ricaduta)?

Sì, quando e da chi

No

21. Ritiene utile un secondo parere?

Questa sezione deve essere compilata dal medico!

Sì, quale specializzazione?

No

22.

Data

Firma psicoterapeuta secondo il «modello della prescrizione»

Firma medico

Numero RCC

Telefono

E-Mail
