

Rapporto sulle prestazioni fisiche sotto sforzo

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
1 Diagnosi ICD-10 con ripercussioni sull'incapacità al lavoro	
1.1 Diagnosi senza ripercussioni sull'incapacità al lavoro (indicare anche il codice ICD)	
2 Anamnesi / Referto medico	
3 Terapia e trattamento farmacologico attuali, altro sistema di cura	
3.1 Trattamento stazionario / Operazioni / Riabilitazione?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì. Dove e quando?
	Motivo:
3.2 Sono o vengono coinvolti altri medici o terapeuti?	Nome
	Località
	Da quando
	Specializzazione

* Per ulteriori spiegazioni ha a disposizione un allegato.

4 **Decorso della cura**

5 **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?

6 **Quali limitazioni fisiche, mentali o psichiche sussistono nell'attività abituale?**

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

Carico di lavoro ragionevolmente esigibile (% del carico abituale)	Presenza ragionevolmente 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 **È prevedibile la ripresa dell'attività precedente risp. l'aumento dell'idoneità all'impiego?**

No Sì, a partire dal _____ per ore/giorno

Carico di lavoro ragionevolmente esigibile: _____ %

7.1 Sul piano medico-teorico, quali sforzi sono attualmente esigibili dall'assicurato/a?

Nessuno Se sì, quali al %
dal
Sollevare carichi kg; quante volte al giorno? volte;
a che altezza? cm
Trasportare carichi kg; quante volte al giorno? volte
Postura eretta ore al giorno
Postura seduta ore al giorno
Deambulazione ore al giorno? Quante volte al giorno? volte
Per quanto tempo ogni volta? ore
Guida di un'automobile? (ore con piccole pause)

7.2 L'attività attuale è ragionevolmente esigibile in un altro contesto lavorativo / presso un altro datore di lavoro?

No Sì, dal per ore/giorno
Carico di lavoro ragionevolmente esigibile: %

7.3 È possibile e ragionevolmente esigibile lo svolgimento di un'altra attività adattata al decorso della malattia?

No Sì
Se sì, quali attività possono essere svolte?

8 Secondo parere
Ritiene utile una visita medica specialistica come secondo parere?

a partire dal per ore/giorno
Carico di lavoro ragionevolmente esigibile: %

No Sì
Se sì, che specializzazione?

9 Annuncio AI
L'annuncio AI è stato effettuato?

No Sì Data:

10 Possibili misure d'integrazione
Esistono misure in grado di influire positivamente sulla capacità lavorativa?

No Sì
Se sì, con che misure può essere aiutata la persona assicurata?

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
