



VISANA
RAPPORTO MEDICO

Gentile Dottoressa,
Egregio Dottor,

- Le chiediamo gentilmente di stampare il modulo e rispedircelo per posta a:

**Visana Services AG
Beratender Arzt
Leistungszentrum Taggeld
Postfach
3000 Bern 16**

- La preghiamo inoltre di allegare al modulo compilato il modulo originale che ha ricevuto per posta da Visana.
- Sul modulo indichi il numero di sinistro. Quest'ultimo si trova sul modulo originale di Visana.
- Per dei motivi di sicurezza e di protezione dei nostri dati, Lei ha la possibilità d'invviare il modulo via un indirizzo email HIN.
- Può fatturarci i costi per il lavoro da lei svolto conformemente alla LCA. Provvederemo a rimborsare unicamente i referti da noi richiesti.
- Il modulo elettronico è un modello standard. Le chiediamo gentilmente di rispondere anche a ulteriori quesiti che dovessimo porle nel modulo originale, indicando le sue risposte alla rubrica informazioni complementari o in un documento a parte da lei creato.

La ringraziamo per la preziosa collaborazione.

Cordiali saluti

Visana Services SA
Centro prestazioni Indennità giornaliera



RAPPORTO MEDICO

dell'inabilità lavorativa

rilasciato all'attenzione del medico consulente

Persona assicurata	
cognome / nome:	professione appresi:
data di nascita:	attività svolta / funzione:
n° di sinistro:	

Sintesi dell'anamnesi dal

1. Causa dell'inabilità lavorativa:

- malattia
 incidente
 maternità
 incerta

Quali diagnosi in base al codice ICD giustificano l'incapacità lavorativa?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quando si sono manifestati esattamente i primi sintomi?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

In caso di incidente: data e tipo dell'incidente?

.....

.....

2. Trattamento ambulatoriale:

da parte sua dal al

data dell'ultimo controllo

prima di lei da parte di

dott. a..... dal.....

dopo di lei da parte di

dott. a..... dal.....

3. Cura ospedaliera / medico specialistico:

dove?

data di ammissione: data di dimissione:



RAPPORTO MEDICO

4. Anamnesi (decorso cronologico, terapia finora):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sintomi e condizioni attuali della/del paziente:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indicazioni soggettive della/del paziente / risultati aggettivi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prognosi:

.....
.....
.....

5. Tipo e portata del trattamento attuale (date consultazione / frequenza delle consultazioni):

.....
.....
.....

Prescrizione medica attuale (incl. dosi)? nessuna

quale?

Raccomandazioni per la terapia futura:

.....
.....

6. Grado e durata dell'inabilità lavorativa in relazione all'attività professionale svolta ed in relazione alla percentuale dell'attività lavorativa:

..... %	da	a
..... %	da	a
..... %	da	a



RAPPORTO MEDICO

7. Domande sull'attività professionale svolta finora:

7.1 Quali impedimenti fisici, mentali e psichici è possibile riscontrare?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7.2 Come si ripercuotono sul lavoro?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7.3 Dal punto di vista medico è pensabile che la/il paziente prosegua l'attività professionale svolta finora?

[] si, entro quali limiti temporali?
[] no

7.4 La capacità lavorativa può considerarsi ridotta?

[] si, perché in che misura?
[] no

8. Si può contare su di una ripresa dell'attività professionale oppure su di un aumento della capacità d'impiego? In caso affermativo, a partire da quando e in che misura?

[] no [] si
..... % da.....
..... % da.....

9. Contatti con altre assicurazioni (AI / AM / infortuni / altre)?

[] no [] si quando?
[] AI [] AM [] assicuratore infortuni quale?
[] altre quali?

10. Esistono ragioni non mediche che influiscono sulla capacità lavorativa (ad es. il contesto di lavoro, la perdita del posto di lavoro, fattori legati al contesto sociale e così via)?

[] no [] si
se si, quali?
.....
.....
.....
.....
.....

RAPPORTO MEDICO

Da che cosa è limitata, in concreto, la capacità lavorativa?

.....

.....

.....

È possibile svolgere la stessa attività lavorativa presso un altro datore di lavoro?

.....

.....

11. La capacità lavorativa può essere migliorata attraverso l'assunzione di misure mediche, terapeutiche o di altro tipo?

no si

se si, quali?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. Tenuto conto delle limitazioni di salute della persona assicurata quali lavori sono ancora esigibili in un'attività adeguata alla disabilità? Si prega di ripartire in attività / tempo / prestazione (rendimento).

	si	no	per quanto tempo?		con quale rendimento?
			tutto il giorno	con quale restrizione temporale? perché?	
svolgere attività esclusivamente in posizione seduta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
svolgere attività esclusivamente in posizione eretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
svolgere attività dal carico discontinuo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
svolgere attività prevalentemente camminando (su terreni accidentati?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chinarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavorare con le mani sopra la testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
accovacciarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inginocchiarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruotare in posizione seduta / in posizione eretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sollevare / trasportare (vicino/-lontano dal corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salire su scale a pioli / impalcature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salire le scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sollevare / trasportare (vicino/-lontano dal corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	limite di peso:

Le indicazioni sono valide a partire da?



RAPPORTO MEDICO

13. Esistono aspetti particolari di cui va tenuto conto (ad es. incremento graduale della capacità lavorativa, posto di lavoro tranquillo)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

14. Allegare per favore copia dei consulti specialistici e/o dei rapporti sul decorso della malattia oppure l'indirizzo della/del medico consultata/o:

.....
Allegare per favore copia del rapporto operatorio, del rapporto sul decorso della malattia e del rapporto di dimissione oppure l'indirizzo della/del medico consultata/o oppure l'indirizzo degli ospedali:
.....

15. Informazioni complementari, integrazioni e proposte:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data

Timbro e firma della/del medico