



RAPPORTO SUL DECORSO DIAGNOSI PSICHICA

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 SUL DECORSO DIAGNOSI PSICHICA

Persona assicurata
cognome / nome:
data di nascita:
n° di sinistro:

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

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

2. Referto attuale

a) Indicazioni anamnestiche rilevanti per la malattia

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

b) Disturbi soggettivi attuali

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

c) Risultati oggettivi attuali

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



RAPPORTO SUL DECORSO DIAGNOSI PSICHICA

d) Quali accertamenti sono stati eseguiti? **Allegare copie dei rapporti.**

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

3. Vi sono fattori estranei alla malattia che influiscono, come ad es.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> età | <input type="checkbox"/> problemi sul posto lavoro | <input type="checkbox"/> problemi familiari |
| <input type="checkbox"/> droghe | <input type="checkbox"/> alcol | <input type="checkbox"/> infortunio |
| <input type="checkbox"/> difficoltà economiche | <input type="checkbox"/> nicotina | |
| <input type="checkbox"/> altri fattori: | | |

4. Cambiamenti successivi dall'ultimo rapporto?

.....
.....

5. Quando è stata l'ultima consultazione?

.....
.....

6. Quali terapie sono state eseguite finora?

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

7. Terapia attuale e altri trattamenti pianificati (in caso di medicinali, indicarne il nome, il dosaggio e la forma di somministrazione)

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

A che frequenza si svolgono le sedute terapeutiche?

- giornaliero settimanale mensile altro:



RAPPORTO SUL DECORSO DIAGNOSI PSICHICA

8. Limitazioni dal punto di vista medico?

(no = non limitato/a; si = limitato/a)

capacità di concentrazione no si

capacità di comprensione no si

capacità di adattamento no si

ritmo di lavoro no si

altre no si

in caso affermativo, quali?

9. La piena / parziale ripresa dell'attività lavorativa (secondo la descrizione) nuocerebbe alla salute della persona assicurata?

In caso affermativo, in che misura?

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

In caso negativo, per quando è prevista la piena / parziale ripresa dell'attività lavorative svolta? (per quante ore al giorno)

.....
.....

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

.....
.....

10. La persona assicurata sarebbe abile al lavoro in un'attività adeguata? In caso affermativo, a quale percentuale?

.....
.....

11. Sono indicati provvedimenti professionali dell'AI?

no si

.....
.....

12. Sono stati emessi certificati per altre assicurazioni? **Allegare tutte le copie dei rapporti.**

no si

.....
.....



RAPPORTO SUL DECORSO DIAGNOSI PSICHICA

13. Osservazioni (motivazione, prognosi ecc.):

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e data

Timbro e firma del medico