



## RAPPORT D'ÉVOLUTION SUR LE PLAN PSYCHIQUE

Docteur,

- Veuillez imprimer le formulaire et l'envoyer par courrier à l'adresse ci-dessous:

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

- Nous vous prions également de joindre au formulaire rempli le formulaire original que vous avez reçu de Visana par courrier.
- Veuillez indiquer sur le formulaire rempli le numéro de sinistre qui se trouve sur le formulaire original de Visana.
- Pour des raisons de sécurité et de protection des données, vous avez la possibilité de transmettre votre document via une adresse HIN.
- Vous pourrez nous facturer, selon le tarif LCA, les frais correspondant au travail occasionné. Nous n'indemnisons que les rapports que nous avons mandatés.
- Le formulaire électronique est un modèle standard. Si nous vous avons posé d'autres questions dans le formulaire original, veuillez y répondre également (dans la rubrique destinée aux informations supplémentaires ou sur un document que vous établissez séparément).

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration et vous prions d'agréer, Docteur, nos meilleures salutations.

Visana Services SA  
Centre de prestations Indemnités journalières



## RAPPORT D'EVOLUTION SUR LE PLAN PSYCHIQUE

### Personne assurée

nom / prénom: .....  
date de naissance: .....  
n° de sinistre: .....

1. Quels diagnostics selon le code ICD justifient l'incapacité de travail?

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

2. Constatations actuelles

a) Éléments de l'anamnèse jouant un rôle dans les affections dont souffre la personne assurée

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

b) Maux dont la personne se plaint actuellement (éléments subjectifs)

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

c) Constatations actuelles (objectives)

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



RAPPORT D'EVOLUTION SUR LE PLAN PSYCHIQUE

d) Quels examens ont été effectués? Prière de joindre des copies des rapports.

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

3. Y a-t-il des facteurs étrangers à la maladie qui jouent un rôle, par ex.

- Age, problèmes au poste de travail, problèmes familiaux, stupéfiants, alcool, accident, difficultés financières, nicotine, autres facteurs:

4. Quelles sont les améliorations depuis le dernier rapport?

.....
.....

5. Quand a eu lieu la dernière consultation (par vous-même)?

.....
.....

6. Quelles ont été les thérapies effectuées jusqu'à ce jour?

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

7. Thérapie actuelle et plan de traitement pour la suite (en ce qui concerne les médicaments, prière d'indiquer le nom, le dosage et la forme galénique)

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

A quelle fréquence ont lieu les consultations?

- par jour, chaque semaine, mensuellement, autre:



## RAPPORT D'EVOLUTION SUR LE PLAN PSYHIQUE

8. Quelles sont les restrictions existantes médicalement justifiées?

(non = pas de restriction; oui = capacité restreinte)

capacité de concentration  non  oui

capacité de compréhension  non  oui

capacité d'adaptation  non  oui

rythme de travail  non  oui

autres  non  oui

si oui, prière de préciser? .....

9. Une reprise entière / partielle de l'activité professionnelle (selon la description du poste) mettrait-elle en cause la santé de la personne assurée?

Si oui, dans quelle mesure?

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

Si non, pour quand la reprise entière / partielle du travail dans l'activité exercée précédemment est-elle prévue? (à combien d'heures par jour)

.....  
.....

Est-ce que la même activité est envisageable auprès d'un autre employeur?

.....  
.....

10. Une capacité de travail de la personne assurée serait-elle envisageable dans une activité adéquate?

Si oui, à combien de %?

.....  
.....

11. Des mesures d'ordre professionnel auprès de l'AI sont-elles indiquées?

non  oui

.....  
.....

12. Avez-vous établi des certificats pour d'autres assurances? **Le cas échéant, prière de joindre des copies des rapports.**

non  oui

.....  
.....



## RAPPORT D'EVOLUTION SUR LE PLAN PSYCHIQUE

13. Remarques (motivation, pronostic etc.):

.....

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Timbre et signature du médecin