

Assicurazione militare Rapporto medico intermedio

suva

		N. di assicurato:	
		Data di malattia/dell'incidente:	
Assicurato:	N. di assicurazione sociale:	Data di nascita / Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Cognome:	Nome:	E-mail:	
Via e n.:	NPA:	Domicilio:	
Impresa:	Nome:		
	Via, NPA località:		
	Professione:		
1. Diagnosi:	Tipo:	Codice:	
2. Decorso:	a) Decorso e stato attuale del paziente (soggettivo e oggettivo):		
	b) Prognosi:		
	c) Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali)? Se sì, quali?		

3. Terapia:

a) Cura attuale:

b) Procedere / proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale ecc.):

c) Ogni quanto hanno luogo le consultazioni?

d) Quanto tempo potranno ancora durare le cure?

4. Ripresa del lavoro:

a) Ripresa del lavoro al % dal / prevista

b) Dobbiamo intervenire presso l'azienda per l'assegnazione di una mansione adatta?

c) Sono presumibili danni permanenti?
Se sì, di quale natura?

d) Capacità di lavoro parziale? se no, perché:

5. Osservazioni:

Prestatario:	Nome: <input type="text"/>		
	Via: <input type="text"/>	GLN.: <input type="text"/>	
	NPA località: <input type="text"/>	RCC: <input type="text"/>	
	eMail: <input type="text"/>	Telefono: <input type="text"/>	
<hr/>			
Esecutore:	Nome: <input type="text"/>		
<small>se diverso dal prestatario</small>			
	Data: <input type="text"/>	Firma: _____	superflua in caso di invio elettronico

<p>Invio elettronico</p> <p style="font-size: small;">Il bottone «Inviare i dati» permette l'invio elettronico dei dati alla Assicurazione militare.</p>	
---	--

Campo
aggiuntivo:

A large, empty grey rectangular area intended for providing additional information or details related to the medical report.