

Rapport médical initial

Assurance responsabilité civile

GLN

Número de sinistre

Loi

Date/heure

Patient

Nom

Rue

Sexe

Date de naissance

Nationalité

Profession exercée

Prénom

NP / lieu

Tel.

Mail

Temps de travail

Employeur

Entreprise

Rue

Tel.

Département

NP / lieu

Mail

1. Premiers soins

Date

Nom

Heure

Lieu

Spécialité méd.

2. Indications du patient

Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?

Rapport médical initial

Assurance responsabilité civile

3. Etat général

Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (par ex. maladies antérieures, accidents, circonstances sociales)?

☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles?

4. Constatations objectives

Atteinte morphologique

Atteinte fonctionnelle

Examens et procédés d'imagerie avec copies des diagnostics

5. Diagnostic(s)

Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s)

Rapport médical initial

Assurance responsabilité civile

6. Suites de l'accident

Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles?

☐ oui ☐ non

7. Thérapie

a) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin d'arrondissement, etc.)

b) Le patient est-il hospitalisé? ☐ oui ☐ non

Si oui, où?

8. Incapacité de travail

Date de création	Capacité de travail raisonnablement exigible (en % de la charge habituelle) :	Présence raisonnablement exigible au sein de l'entreprise (h/jour) :	IT en % :	Incapacité de travail du :	Incapacité de travail au :

La reprise du travail avant le week-end est-elle possible? ☐ oui ☐ non

Reprise du travail: prévue à partir de à raison de h/j
 vraisemblablement dans semaines à raison de h/j

9. Traitement terminé

☐ oui le:

☐ non probablement dans semaines

Rapport médical initial

Assurance responsabilité civile

10. Remarques

Médecin

Tél.

Fax

GLN

RCC

eMail

Signature _____
inutile en cas d'envoi électronique

Date

Transmission électronique