Kimsa: notifica di un possibile caso complesso

© Suva, medforms.40.40.10.10.5010.it/V100

suva

Paziente:		**Data di nascita:**	
Via: NPA / Località: Telefono / E-mail:		Sesso: NAS / N. AVS: Stato civile:	
Creato, modificato:			

Dichiarazione di consenso

☐ Il paziente ha dato il consenso durante il trattamento.

Informazioni sull'infortunio

Data/N. infortunio:		
Trattamento:		
Prossima valutazione:		

Diagnosi

	Tipo	Codice	Nome
☒			
☒			
☒			
☒			
☒			

Percezione - Aspetto somatico / Complementi

☐ Politrauma/Trauma cranio-encefalico	
☐ Colpo di frusta	
☐ CRPS/Sudeck	
☐ Lesione preesistente	
☐ Altro	

Percezione - Aspetto psicosociale / Complementi

☐ Aspetto familiare	
☐ Aspetto economico	
☐ Aspetto culturale	
☐ Aspetto psichico	
☐ Altro	

Kimsa: notifica di un possibile caso complesso

© Suva, medforms.40.40.10.10.5010.it/V100

suva

Percezione - Aspetto professionale / Complementi

☐ Impiego messo in pericolo dalla diagnosi	
☐ Perdita del posto di lavoro	
☐ Condizioni di lavoro	
☐ Disoccupato	
☐ Altro	

Percezione - Paziente / Complementi

☐ Discrepanza soggettiva / oggettiva	
☐ Sospetto di dipendenza	
☐ Prognosi personale pessimista	
☐ Estensione secondaria dei sintomi	
☐ Altro	

Osservazioni

Datore di lavoro:		**N. cliente:**
Divisione:		
Via:		
NPA / Località:		
Medico competente:		**N. EAN:**
Via:		
NPA / Località:		
Tel.:		
Fax:		
E-Mail:		
Indirizzo web:		
Assicurazione:	Suva · Elektronische Kommunikation	**N. EAN:** 7601003000078
Via:	Fluhmattstrasse 1	
NPA / Località:	6002 Luzern	