

Certificato medico successivo

Assicurazione perdita di salario in seguito a malattia

Indirizzo medico/clinica

Numero di riferimento	Paziente	Evento del	Corrispondente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Data di nascita		
	<input type="text"/>		

Nel caso in cui il/la paziente fosse di nuovo abile al lavoro, La preghiamo di rispondere soltanto alle domande **1, 2, 3, 9 e 10**.
Per eventuali osservazioni e/o proposte, si prega di utilizzare il retro del formulario o un foglio separato.

1. a) **Diagnosi attuale?**

b) **Decorso della guarigione finora?**

c) **Tipo di cura?**

2. **Altri medici curanti o consultati:**
Quali cure ne sono conseguite e/o verranno applicate?

3. **Incapacità lavorativa** in qualità di ... (grado d'occupazione %)
 % dal al % dal al

Per quando è prevedibile una ripresa del lavoro?
È possibile che il/la paziente riprenda il lavoro **prima del fine settimana**? Sì No

4. **Esistono altri fattori che possono pregiudicare** la ripresa del lavoro o l'aumento della capacità lavorativa?
Conseguenze di **malattie o infortuni precedenti**? Sì No
Motivi non medici (p. es. familiari, sociali, tragitto per giungere al lavoro, ecc.)? Sì No
Se sì, quali e in che **misura**?

5. **Esiste la possibilità di un aumento della capacità lavorativa cambiando provvisoriamente o per sempre l'attività originaria o il posto di lavoro all'interno della ditta?** Sì No Non lo so, va chiarito

Se sì, come e in che ambito?

Se no, quali sono i motivi contrari?

6. **Capacità lavorativa** in un'attività che tenga conto dell'attuale limitazione (impedimento)? Attività: %

7. Lei è del parere che sia sensato richiedere il giudizio di un altro medico (**secondo parere**)? Sì No

8. Sono coinvolti **altri enti assicurativi** (LAINF, cassa malati, AI, ecc.)? Se sì, quali? Sì No

9. Si prevedono eventuali postumi? Se sì, quali? Sì No

10. Dobbiamo considerare questo **certificato** come **finale**? Sì No
Se no, quando disporrà di nuovi risultati riguardo allo stato di salute del/della suo/a paziente, in base ai quali sarà utile richiedere un **prossimo certificato medico**?

Luogo e data	No. del CAMS	Timbro e firma del medico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>