

Premier certificat médical

Assurance perte de gain en cas de maladie selon LCA



Adresse médecin/hôpital:

Patient:

No. de sinistres:

Date de naissance:

N° AS.

Profession exercée:

Temps de travail :

Nos références:

Événement du:

1. Premier soins:

Date:

Heure:

Lieu:

Nom:

Spécialité méd.:

2. Cause:

Maladie:

Accident:

Maladie professionnelle:

Non définie:

Grossesse:

Date de naissance prévue:

3. Anamnèse: a) Quand et comment les troubles se sont manifestés pour la première fois?

b) Le patient a-t-il été déjà auparavant traité en raison de ces troubles?

Si oui, où?

non

c) Thérapies suivies jusqu'à présent:

d) Données subjectives du patient:

e) Quels accidents et maladies précédents influencent le processus de guérison?

f) Autres informations:

4. Constatations objectives: Résultats d'examens médicaux et d'imagerie médicale (copies en annexe svp):

5. Diagnostic(s): Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s):

Avec impact sur l'incapacité de travail

Sans impact sur l'incapacité de travail

Limitation objective de l'activité actuelle:

6. Autres facteurs:

Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (p. ex. environnement professionnel, situation sociale, trajet jusqu'au travail, addiction) ?

Si oui, lesquels?

non

7. Thérapie: a) Traitement actuel:

b) Procédure/Propositions (diagnostic par imagerie, examen méd. spécialisé, traitements, etc.):

c) Le patient est-il/va-t-il être hospitalisé ou opéré? Si oui, où et quand? non

d) Autres médecins, thérapeutes impliqués?

Nom:

Lieu:

Spécialité:

Depuis quand:

8. Incapacité de travail: Quelles limitations physiques, mentales, psychiques subsistent et quel est leur effet concret sur l'activité actuelle (tâches de travail)?

Tolérance exigible aux efforts (% de l'effort habituel):	Présence exigible dans l'entreprise (heures/jour):	Effective IT en %:	Incapacité de travail du:	Incapacité de travail au:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Reprise de travail:

prévue à partir de:

à raison de

heures/jour

vraisemblablement dans:

semaines

à raison de

heures/jour

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

 oui non**9. Dates des consultations anciennes:**

Prochain rendez-vous:

10. D'autres fournisseurs de prestation sont-ils impliqués
(LAA, caisse maladie, caisse de pension, etc.)? non Si oui, lesquels?**11. Remarques:**

Lieu et date:

No. CSCM / EAN:

Timbre et signature de médecin: