

Primo certificato medico

Assicurazione perdita di salario in seguito a malattia LCA

**ZURICH**[®]

| | | | |
|-------------------------------|-----------|------------------------|--|
| Indirizzo del medico/clinica: | Paziente: | Numero di riferimento: | |
| | | Data di nascita: | |
| | | No. NAS: | |
| | | Professione svolta: | |
| | | Grado d'occupazione: | |
| | | Corrispondente | |
| | | Evento del: | |

| | | | | | |
|--------------------------------|-------|------|--------|-------|-------------------|
| 1. Prima consultazione: | Data: | Ora: | Luogo: | Nome: | Specializzazione: |
| | | | | | |

| | | | | |
|------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 2. Causa: | Malattia: <input type="checkbox"/> | Incidente: <input type="checkbox"/> | Malattia professionale: <input type="checkbox"/> | Indefinito: <input type="checkbox"/> |
| | Gravidanza: <input type="checkbox"/> | Previsione data del parto: | | |

3. **Anamnesi:** a) Quando e come si sono manifestati i primi sintomi del disturbo?

b) Il paziente ha già ricevuto in passato cure per questo disturbo? No Se sì, dove?

c) Terapie eseguite finora:

d) Indicazioni soggettive del paziente:

e) Quali malattie e infortuni subiti in passato influenzano la guarigione?

f) Ulteriori informazioni:

4. **Reperto oggettivo:** Reperti documentati e immagini (p.f. allegare le copie):

5. **Diagnosi:** Codice ICD e diagnostica differenziale:

Con effetti sull'inabilità lavorativa:

Senza effetti sull'inabilità lavorativa:

Restrizioni oggettive in merito all'attività attuale:

6. **Altri fattori:** Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (per es. ambiente di lavoro, circostanze sociali, pendolarismo, tossicomanie)? No Se sì, quali?

7. **Terapia:** a) Trattamento attuale:

b) Interventi / proposte (diagnostica di immagini, analisi e terapie di specialisti, ecc.):

c) Il paziente è o deve essere ospedalizzato o operato? No Se sì, dove e quando?

d) Altri medici o terapeuti coinvolti?

Nome:

Luogo:

Specializzazione:

Da quando:

8. **Inabilità lavorativa:** Quali limitazioni fisiche, intellettuali, psichiche sono esistenti e in che modo influenzano concretamente lo svolgimento del lavoro attuale (compiti da risolvere)?

| Capacità di lavoro esigibile (in % del lavoro usuale): | Tempo di presenza in ditta esigibile (ore al giorno): | Effettiva IL in %: | Inabilità lavorativa dal: | Inabilità lavorativa fino al: |
|--|---|----------------------|---------------------------|-------------------------------|
| <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"/> |

Ripresa dell'attività lavorativa:

a partire dal: per ore al giorno

Presumibilmente tra: settimane per ore al giorno

La ripresa del lavoro prima del fine settimana è possibile? Sì No

9. **Dati delle consultazioni finora:**

Prossimo termine:

10. Vi sono altri assicuratori coinvolti (LAINF, cassa malati, AI, Cassa pensione, ecc.)? No Se sì, quali?

11. **Osservazioni:**

Luogo e data:

No. del CAMS:

Timbro e firma
del medico