

Rapporto sulle prestazioni fisiche sotto sforzo

Indennità giornaliera di
malattia

Numero del caso

Inizio dell'incapacità al lavoro

Datore di lavoro

Persona assicurata

Nome Cognome

Grado di occupazione

%

Data di nascita

ore/settimana

Professione esercitata

1. Quale diagnosi è alla
base dell'attuale
incapacità al lavoro?

Codice diagnostico ICD-10:

2. Quali disturbi
influiscono sull'inabilità
lavorativa?

3. Rapporto medico

4. Trattamento attuale /
andamento del
trattamento

**5. Medicamento,
incl. dosaggio**

**6. Capacità lavorativa
nell'attuale attività
lavorativa**

Capacità esigibile di sostenere carichi (% del carico abituale)	Presenza esigibile sul posto di lavoro (ore/giorno)	IL in %	Incapacità al lavoro dal:	Incapacità al lavoro fino al:
---	---	---------	------------------------------	----------------------------------

Ripresa del lavoro prevista dal	per	ore/giorno
presumibilmente tra	settimane per	ore/giorno

**7. L'attività attuale è
auspicabile che
avvenga in un altro
contesto lavorativo /
presso un altro datore
di lavoro?**

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì, a partire dal	per	ore/giorno
	carico lavorativo auspicabile:		%

Domande mediche

8. Anamnesi patologica

**9. La persona assicurata è
/ verrà ricoverata /
sottoposta a intervento
chirurgico o a tratta-
mento parzialmente
stazionario?**

<input type="radio"/> Intervento	<input type="radio"/> Stazionario	<input type="radio"/> Parzialmente stazionario
Quando	Dove	
<input type="radio"/> No		

10. Altri medici coinvolti?

Specializzazione (indirizzo incl.)	Specializzazione (indirizzo incl.)
------------------------------------	------------------------------------

11. Date delle consultazioniDate delle consultazioni
fino ad ora

Date delle consultazioni

Date delle consultazioni fino ad ora

Prossimo appuntamento il

12. Esito della terapia praticata finora?

13. Come è l'ulteriore trattamento previsto?

14. Per favore allegare

Frequenza di trattamento

 Rapporto operatorio Rapporto consulto medico Rapporto di dimissione Referto di laboratorio Referto risonanza magnetica Referto TAC

Domande sulla capacità lavorativa

15. PrognosiDurata inabilità
lavorativa Già conclusa al 0 – 2 mesi 4 – 6 mesi 2 – 4 mesi > 6 mesi

16. Quali motivi non medici influiscono sulla capacità lavorativa?

17. È possibile aumentare la capacità lavorativa nell'attività attuale fino al carico di lavoro abituale nel medio-lungo termine? Sì, dal _____ al _____ % _____ ore/giorno Sì, presso un altro datore di lavoro dal _____ al _____ % _____ ore/giorno No, indicare il motivo

18. È possibile e ragionevole lo svolgimento di un'altra attività adattata al decorso della malattia? Sì, dal _____ al _____ % _____ ore/giorno No, indicare il motivo

19. Sul piano medico-teorico, quali sforzi sono attualmente esigibili dall'assicurato/a? Nessuno Sì, al _____ % dal _____ Sollecitazioni alternate sul posto di lavoro Sollevare fino a _____ kg fino a quale altezza? _____ cm Portare fino a _____ kg Stare in piedi fino a _____ ore al giorno Camminare fino a _____ ore al giorno Stare seduti fino a _____ ore al giorno

Ulteriori informazioni oltre alle limitazioni sopra elencate

20. Quali risorse esistono per un reinserimento?

Domande varie

21. La persona assicurata aveva già ricevuto dei trattamenti a causa di questi disturbi ed era risultata inabile al lavoro (ricaduta)?

Sì, quando e da chi

No

22. Ritiene utile un secondo parere?

Sì, quale specializzazione?

No

23.

Data

Indirizzo del medico

Nome Cognome

Indirizzo

Numero RCC

Telefono

E-Mail

Firma e timbro del medico
(non richiesti in caso d'invio in modalità elettronica)
