



RAPPORT D'EVOLUTION SUR LE PLAN PHYSIQUE

Docteur,

- Veuillez imprimer le formulaire et l'envoyer par courrier à l'adresse ci-dessous:

Visana Services AG
Beratender Arzt
Leistungszentrum Taggeld
Postfach 253
3000 Bern 16

- Nous vous prions également de joindre au formulaire rempli le formulaire original que vous avez reçu de Visana par courrier.
- Veuillez indiquer sur le formulaire rempli le numéro de sinistre qui se trouve sur le formulaire original de Visana.
- Pour des raisons de sécurité et de protection des données, vous avez la possibilité de transmettre votre document via une adresse HIN.
- Vous pourrez nous facturer, selon le tarif LCA, les frais correspondant au travail occasionné. Nous n'indemnisons que les rapports que nous avons mandatés.
- Le formulaire électronique est un modèle standard. Si nous vous avons posé d'autres questions dans le formulaire original, veuillez y répondre également (dans la rubrique destinée aux informations supplémentaires ou sur un document que vous établissez séparément).

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration et vous prions d'agréer, Docteur, nos meilleures salutations.

Visana Services SA
Centre de prestations Indemnités journalières



RAPPORT D'EVOLUTION SUR LE PLAN PHYSIQUE

Personne assurée	
nom / prénom:
date de naissance:
n° de sinistre:

1. Quels diagnostics selon le code ICD justifient l'incapacité de travail?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Constatations actuelles?

a) Eléments de l'anamnèse jouant un rôle dans les affections dont souffre la personne assurée

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

b) Maux dont se plaint la personne assurée?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

c) Constatations reposant sur une base clinique objective?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



RAPPORT D'EVOLUTION SUR LE PLAN PHYSIQUE

d) Des examens radiologiques ont-ils été effectués? **Prière de joindre des copies des constatations.**

.....
.....
.....

e) Y a-t-il eu d'autres investigations? Si oui, lesquelles? **Prière de joindre des copies des rapports.**

.....
.....
.....

3. Y a-t-il des facteurs étrangers à la maladie qui jouent un rôle, par ex.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> âge | <input type="checkbox"/> problèmes au poste de travail | <input type="checkbox"/> problèmes familiaux |
| <input type="checkbox"/> stupéfiants | <input type="checkbox"/> alcool | <input type="checkbox"/> accident |
| <input type="checkbox"/> difficultés financières | <input type="checkbox"/> nicotine | |
| <input type="checkbox"/> autres facteurs: | | |

4. Quels sont les améliorations depuis le dernier rapport?

.....
.....

5. Quand a eu lieu la dernière consultation (par vous-même)?

.....
.....

6. Quelles ont été les thérapies effectuées jusqu'à ce jour?

.....
.....
.....

7. Thérapie actuelle et plan de traitement pour la suite (en ce qui concerne les médicaments, prière d'indiquer le nom, le dosage et la forme galénique)

.....
.....
.....



RAPPORT D'EVOLUTION SUR LE PLAN PHYSIQUE

8. Quelles sont les restrictions existantes médicalement justifiées?
(non = pas de restriction; oui = capacité restreinte)

a) sur le plan corporel

soulever et porter des charges jusqu'au niveau de la taille non oui

limite de poids:kg

soulever et porter des charges au-dessus du niveau de la tête non oui

limite de poids:kg

manipulations:

travaux délicats (motricité fine) non oui

travail manuel brut non oui

rotation de la main non oui

tenue / mobilité:

travail au-dessus du niveau de la tête non oui

en position assise non oui

debout non oui

en mouvement non oui

monter des escaliers / sur une échelle non oui

en position agenouillée non oui

équilibre non oui

autres: non oui

si oui, lesquelles?

b) sur le plan psychique

Quelles sont les restrictions médicalement justifiées existant sur le plan psychique? (effets dans l'activité professionnelle, dans la vie quotidienne et dans les loisirs, à partir d'exemples concrets)

.....
.....
.....
.....

9. Une reprise entière / partielle de l'activité professionnelle (selon la description du poste) mettrait-elle en cause la santé de la personne assurée?

Si oui, dans quelle mesure?

.....
.....

Si non, pour quand la reprise entière / partielle du travail dans l'activité de exercée précédemment est-elle prévue? (à combien d'heures par jour)

.....
.....



RAPPORT D'EVOLUTION SUR LE PLAN PHYSIQUE

10. Quelles activités peut-on raisonnablement attendre de la personne assurée, d'un point de vue médical?

- soulever et porter des charges jusqu'à kg
durée de conservation de la position debout h
marche possible jusqu'à km
durée de conservation de la position assise h
activité représentant une charge alternante non oui
conduite d'une voiture automobile non oui
rythme de travail normal non oui
rythme de travail réduit non oui

remarques:
.....
.....

11. Une capacité de travail de la personne assurée serait-elle envisageable dans une activité adéquate?

Si oui, à combien de %?

.....
.....

12. Des mesures d'ordre professionnel auprès de l'AI sont-elles indiquées?

non oui

.....
.....

13. Avez-vous établi des certificats pour d'autres assurances? **Le cas échéant, prière de joindre des copies des rapports.**

non oui

.....
.....

14. Remarques (motivation, pronostic etc.):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lieu de date

Timbre et signature du médecin