



RAPPORTO SUL DECORSO DIAGNOSI FISICA

Gentile Dottoressa,
Egregio Dottor,

- Le chiediamo gentilmente di stampare il modulo e rispedircelo per posta a:

Visana Services AG
Beratender Arzt
Leistungszentrum Taggeld
Postfach
3000 Bern 16

- La preghiamo inoltre di allegare al modulo compilato il modulo originale che ha ricevuto per posta da Visana.
- Sul modulo indichi il numero di sinistro. Quest'ultimo si trova sul modulo originale di Visana.
- Per dei motivi di sicurezza e di protezione dei nostri dati, Lei ha la possibilità d'invviare il modulo via un indirizzo email HIN.
- Può fatturarci i costi per il lavoro da lei svolto conformemente alla LCA. Provvederemo a rimborsare unicamente i referti da noi richiesti.
- Il modulo elettronico è un modello standard. Le chiediamo gentilmente di rispondere anche a ulteriori quesiti che dovessimo porle nel modulo originale, indicando le sue risposte alla rubrica informazioni complementari o in un documento a parte da lei creato.

La ringraziamo per la preziosa collaborazione.

Cordiali saluti

Visana Services SA
Centro prestazioni Indennità giornaliera



RAPPORTO SUL DECORSO DIAGNOSI FISICA

Persona assicurata
cognome / nome:
data di nascita:
n° di sinistro:

1. Quali diagnosi in base al codice ICD giustificano l'incapacità lavorativa?

Dotted lines for answer 1

2. Referto attuale:

a) Indicazioni anamnestiche rilevanti per la malattia

Dotted lines for answer 2a

b) Sintomi accusati?

Dotted lines for answer 2b

c) Risultati clinicamente obiettivabile?

Dotted lines for answer 2c



RAPPORTO SUL DECORSO DIAGNOSI FISICA

d) Sono stati effettuati esami radiologici? **Allegare copia dei referti.**

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

e) Sono stati effettuati altri accertamenti? Se sì, quali? **Allegare copie delle relazioni.**

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

3. Vi sono fattori estranei alla malattia che influiscono, come ad es.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> età | <input type="checkbox"/> problemi sul posto lavoro | <input type="checkbox"/> problemi familiari |
| <input type="checkbox"/> droghe | <input type="checkbox"/> alcol | <input type="checkbox"/> infortunio |
| <input type="checkbox"/> difficoltà economiche | <input type="checkbox"/> nicotina | |
| <input type="checkbox"/> altri fattori: | | |

4. Cambiamenti successivi dall'ultimo rapporto?

.....
.....

5. Quando è stata l'ultima consultazione?

.....
.....

6. Quali terapie sono state eseguite finora?

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

7. Terapia attuale e altri trattamenti pianificati (in caso di medicinali, indicarne il nome, il dosaggio e la forma di somministrazione)

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



RAPPORTO SUL DECORSO DIAGNOSI FISICA

8. Limitazioni dal punto di vista medico?

(no = non limitato/a; si = limitato/a)

a) Funzioni fisiche

sollevare e portare pesi fino all'altezza della vita no si

limite di peso: kg

sollevare e portare pesi al di sopra della testa no si

limite di peso: kg

manualità:

di precisione no si

lavoro manuale poco preciso no si

rotazione del polso no si

posizione / mobilità:

lavoro al di sopra della testa no si

posizione seduta no si

in piedi no si

camminare no si

salire scale gradini / pioli no si

posizione inginocchiata no si

equilibrio no si

altre: no si

in caso affermativo, quali?

b) Funzioni psiche

Limitazioni in ambito psichico motivate dal punto di vista medico (esempi concreti degli effetti dell'attività lavorativa sulla quotidianità e sul tempo libero)?

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

9. La piena / parziale ripresa dell'attività lavorativa (secondo la descrizione) nuocerebbe alla salute della persona assicurata?

In caso affermativo, in che misura?

.....
.....

In caso negativo, per quando è prevista la piena / parziale ripresa dell'attività lavorativa svolta? (per quante ore al giorno)

.....
.....



RAPPORTO SUL DECORSO DIAGNOSI FISICA

10. Quali attività sono ragionevolmente esigibili dal punto di vista medico?

sollevare e portare pesi fino a kg

rimanere in piedi fino a ore

camminare fino a km

rimanere seduti fino a ore

attività con alternarsi di carico no si

guida no si

ritmo di lavoro normale no si

ritmo di lavoro ridotto no si

osservazioni:

.....

.....

11. La persona assicurata sarebbe abile al lavoro in un'attività adeguata? In caso affermativo, a quale percentuale?

.....

.....

12. Sono indicati provvedimenti professionali dell'AI?

no si

.....

.....

13. Sono stati emessi certificati per altre assicurazioni? Allegare tutte le copie dei rapporti.

no si

.....

.....

14. Osservazioni (motivazione, prognosi ecc.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e data

Firma e timbro del medico