|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«D\_agenceAdr1»**«D\_agenceAdr2»«D\_agenceAdr3»«D\_agenceAdr4»«D\_agenceNoTel»«D\_agenceNoFax»ticinoap@vaudoise.ch**Pratica trattata da:**«MF\_Collaborateur»«telephone» | «confidentiel»«idDocument»/«idTemplate»/«timeStamp»/2

|  |
| --- |
| **«PP»** «X\_destPP» |

«EnteteAdresse» «noAgence»«D\_destAdr1»«D\_destAdr2»«D\_destAdr3»«D\_destAdr4»«D\_destAdr5»«D\_docLieu», «D\_docDate» |

**V/Rif.: «reference»**

**Dossier: «nodossier», Avvenimento del «datesinistre»**

**Assicurato:** **«lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

«EnteteLettreForm»,

Nell'ambito di questa pratica, lei ha prestato delle cure alla persona suindicata.

La preghiamo d'informarci sul decorso del caso. Qualora la cura medica fosse già terminata o terminasse nei prossimi giorni, rinunciamo a questo rapporto. In tal caso vorrà cortesemente ritornarci il modulo con la relativa osservazione o trasmetterci subito la sua nota d'onorari.

La ringraziamo anticipatamente per la sua collaborazione e la preghiamo di gradire i nostri
migliori saluti.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | «sign2\_raisonSocialeLigne1» | «sign1\_raisonSocialeLigne1» |
|  | «sign2\_raisonSocialeLigne2» | «sign1\_raisonSocialeLigne2» |
|  | {signature#2#}«sign2\_nomSignataire» | {signature#1#}«sign1\_nomSignataire» |

 |

**Dossier: «nodossier», Avvenimento del «datesinistre»**

**Assicurato: «lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

**Pratica trattata da: «MF\_Collaborateur»**

**Rapporto medico intermedio (LAINF)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Diagnosi
 |  |
|  |  |
| 1. Decorso
 | a) Decorso a tutt'oggi e stato attuale (soggettivo e oggettivo):b) Fattori extra-traumatici? [ ] si [ ] no Se sì, quali? |
|  |  |
| 1. Terapia
 | a) Cura attuale:b) Proposte (cura ulteriore, radiografie, visita da parte del medico consulente, ecc) :c) A quali intervalli hanno luogo le visite?d) Quanto tempo potrà ancora durare la cura? |
|  |  |
| 1. Ripresa del lavoro
 | a) Ripresa dal lavoro al % dal prevista per ilb) Dobbiamo adoperarci presso il datore di lavoro per l'attribuzione di un lavoro confacente? [ ] si [ ] noc) E'presumibile un danno permanente? [ ] si [ ] no Se sì, di quale natura? |
|  |  |
| 1. Osservazioni
 |  |

 Luogo e data: Timbro e firma del medico: