|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«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»/5

|  |
| --- |
| **«PP»** «X\_destPP» |

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

**V/Rif.: «reference»**

**Dossier: «nodossier», Incapacità lavorativa dal «datesinistre»**

**Stipulante: «nomPreneur», n. polizza «npa» «branche»**

**Persona assicurata: «lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

«EnteteLettreForm»,

per consentirci, in qualità di assicuratori malattia perdita di guadagno secondo la LCA, di determinare il diritto alle indennità giornaliere della persona summenzionata, la preghiamo di compilare il modulo allegato all’attenzione del nostro medico di fiducia e di inviarcelo insieme ai rapporti d’esame, di diagnostica per immagini (radiografie/RM), delle visite, dei ricoveri e di operazioni relativi all’incapacità lavorativa.

Può inviarci l’incarto, corredato della sua nota d’onorario (CHF 60.- rapporto semplice, CHF 80.- rapporto dettagliato), per posta tramite la busta risposta allegata o per e-mail all’indirizzo protetto HIN: medecin.conseil@vaudoise.ch. Le chiediamo cortesemente di voler indicare nell’oggetto della mail il numero di dossier sopra citato.

Ringraziandola sin d’ora per la collaborazione, le presentiamo i migliori saluti.

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

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

 |

 **Ritorno a**

 **Confidenziale**

«D\_destAdr1» VAUDOISE ASSICURAZIONI
«D\_destAdr2» Consulente Medico

«D\_destAdr3» Avenue de Cour 45

«D\_destAdr4» 1007 Lausanne

«D\_destAdr5»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapporto medico intermedio****Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia**  | [ ] LAMal[x] LCA | Sinistro numero: «nodossier»Inizio dell'inabilità lavorativa: «datesinistre» |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datore dilavoro** | «nomPreneur» |  |
|  |  |  |
| **Paziente** | Nome: «lesePrincipalPrenom» Cognome: «lesePrincipalNom» Tasso di attività: Professione svolta:  | NAS:Data di nascita: «lesePrincipalDateNaissance» |
|  |  |  |
| **1. Reperto oggettivo** | Reperti documentati e immagini (p.f. allegare le copie): |
|  |  |
|  |  |  |
| **2. Diagnosi** | Codice ICD-Code e diagnostica differenziale: |
| **con** effettisull'inabilitàlavorativa |  |
| **senza** effettisull'inabilitàlavorativa |  |
|  | Restrizioni oggettive in merito all'attività attuale: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. 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? c Sì c No |
|  | Se sì, dove e quando? |
|  | d) Altri medici o terapeuti coinvolti? |
|  | Cognome: Località:Specializzazione: Da quando: |
|  |  |  |
| **4. Sviluppo** | a) Sviluppo del disturbo e stato attuale (soggettivo e oggettivo): |
|  |  |  |
|  | b) Prognosi: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **5. Altri fattori** | Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (per es. ambiente di lavoro, circostanze sociali, pendolarismo, tossicomanie)? c Sì c No  |
|  | Se sì, quali ? |
|  |  |  |
| **6. Inabilità lavorativa**al posto di lavoro attuale  | Quali limitazioni fisiche, intellettuali, psichiche sono esistenti e in che modo influenzano concretamente lo svolgimento del lavoro attuale (compiti da risolvere)? |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Capacità di lavoroesigibile(in % del lavorousuale): | Tempo di presenzain ditta esigibile(ore al giorno): | Ev. In %: | Inabilità lavorativadal: | Inabilità lavorativadal: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | La **ripresa** del lavoro **prima del fine settimana** è possibile? c Sì c NoRipresa dell'attività lavorativa: a patire dal: per ore al giorno Presumibilmente tra: settimane per ore al giorno |
|  |  |  |  |  |  |
| **7. Abilità lavorativa** doppo stabilizzazione dello stato di salute | 1. L'attività attuale sarà ancora praticabile dal punto di vista medico? c Sì c No
2. La praticabilità **dell'attività attuale** sarebbe possibile **in un altro**

**ambiente di lavoro**? c Sì c No1. Sarebbe possibile dal punto di vista medico praticare un'attività

adattata al c Sì c No |
|  |
|  | Se si (nei casi a, b oppure c):Qual'è il profilo di prestazione del paziente e quali sono gli adattamenti necessari al caso? |
|  |  |
|  | a partire dal: per ore al giorno prestazione esigibile: % |
|  |  |
| **8. Seconda opinione** | Una consultazione per un consiglio con medici specifici farebbe senso? c Sì c No |
|  |  |
| **9.** **Misure direintegrazione** | Ulteriori misure di reintegrazione possono migliorare la performancedel paziente? c Sì c NoSe si: con quali misure possiamo secondo lei sostenere l'assicurato- misure mediche?- misure professionali (per es.: aiuto per raggiungere il posto di lavoro, Job Coaching)?- misure psico-sociali? |
|  |  |
|  |  |
| **11. Osservazioni** | In merito alle agevolazioni di reintegrazione (per es.: facilitazioni sul lavoro, trasporto fino al luogo di lavoro, aiuti sociali o famigliari, altre misure non strettamente mediche): |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Luogo e date: |  | Indirizzo del medico: |  | Firma del medico:  |