

Certificato medico iniziale infortunio



Da ritornare al medico di fiducia della Vaudoise Assicurazioni

Vaudoise Generale,
Compagnia d'Assicurazioni SA
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Losanna
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

Infortunato Cognome, nome _____
Indirizzo _____
NPA e località _____
Data di nascita _____ Uomo Donna
Datore di lavoro _____
Numero di sinistro/di contratto _____

Infortunio Data (gg.mm.aaaa) _____ Ora (oo:mm) _____

Prime cure mediche Date (gg.mm.aaaa) _____ Ora (oo:mm) _____
Luogo _____ sul luogo dell'incidente presso il domicilio del paziente

Indicazioni del paziente Circostanze dell'infortunio e disturbi lamentati Ricaduta _____

Stato generale Osservazioni particolari Sequenze di malattia Antecedenti _____

Constatazioni Constatazioni generali e radiologiche _____

Diagnosi Diagnosi _____

Causalità Le lesioni sono dovute unicamente all'infortunio sì no
Se no perché? _____

Terapia Tipo di trattamento _____
Misure speciali _____
Ricovero sì no se sì dove? _____

Certificato medico iniziale infortunio



Da ritornare al medico di fiducia della Vaudoise Assicurazioni

Vaudoise Generale,
Compagnia d'Assicurazioni SA
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Losanna
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

**Inabilità
lavorativa**

Lavoro interrotto

sì no se sì _____ % dal _____ probabilmente fino al _____

Lavoro ripreso

sì no se sì _____ % dal _____

Trattamento

Terminato

sì le _____ no probabilmente fra _____ settimane

Luogo e data

Timbro e firma del medico

Si possono ottenere ulteriori esemplari del presente formulario sul sito www.vaudoise.ch
rubrica Entreprises; Sinistres; Corps médical (sito in francese) o Unternehmen, Schadenfälle, Ärzteschaft (sito in tedesco).

Inviare

Stampare