

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) \_\_\_\_\_

**Diagnosi**      Diagnosi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Decorso**      Decorso e stato attuale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Causalità Fattori extra-traumatici? sì  no   
Se sì, quali \_\_\_\_\_

**Terapia**      Cura attuale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Proposte (cure ulteriore, radiografie, visita da parte del medico consulente, ecc) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
A quali intervalli hanno luogo le visite? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Quanto tempo potrà ancora durare la cura? \_\_\_\_\_

**Ripresa del lavoro**      Tasso \_\_\_\_\_ %  
Data della ripresa  Data effettiva  Data stimata  
Attività Dobbiamo adoperarci presso il datore di lavoro per l'attribuzione di un lavoro confacente sì  no   
Danno permanente E presumibile un danno permanente? sì  no   
Se sì, di quale natura? \_\_\_\_\_

**Trattamento**      Terminato  sì, il \_\_\_\_\_  no, probabilmente fra \_\_\_\_\_ settimane

**Osservazioni**      \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Luogo e data**      Timbro e firma del medico

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

Inviare

Stampare