

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Vous pouvez remplir ce formulaire en ligne et l'imprimer.

www.pkruECK.com > Downloads > Formulaires clients > Questionnaire médical

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Institution de prévoyance _____
Prénom / nom personne assurée _____
Date de naissance _____
Adresse de la personne assurée _____
Employeur _____
Extrait du dossier médical depuis _____ (jj/mm/aaaa)

CAUSE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Diagnostic avec le code CIM _____
Diagnostic ayant une influence sur l'incapacité de travail _____
Diagnostic sans influence sur l'incapacité de travail _____
Date de manifestation des premiers symptômes? _____ (jj/mm/aaaa)

En cas d'accident:

Date de l'accident _____ (jj/mm/aaaa) Nature de l'accident _____
Est-ce que d'autres personnes ont été impliquées dans l'accident? Oui Non

TRAITEMENTS AMBULATOIRES

par vous-même du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)
avant vous par le Docteur _____ à _____ depuis _____ (jj/mm/aaaa)
après vous par le Docteur _____ à _____ depuis _____ (jj/mm/aaaa)
Depuis quand connaissez-vous le patient? _____ (jj/mm/aaaa)
Est-ce que la personne assurée suit un traitement régulier? Oui Non
Si oui, pour quelle raison? _____

TRAITEMENT HOSPITALIER

Où? _____
date d'entrée _____ (jj/mm/aaaa) Date de sortie _____ (jj/mm/aaaa)

ANAMNÈSE ET ÉVOLUTION DU CAS

Nature et durée du traitement _____
Médication (avec dosage) _____ aucune
Eventuelles maladies ou accidents antérieurs _____

DEGRÉ ET DURÉE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Définition de l'incapacité de travail: Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (article 6 LPGA).

Incapacité d'exercer la profession habituelle à partir de l'apparition des symptômes (par rapport à un emploi à 100% indépendamment de la situation du marché du travail et de la situation économique):

_____ % du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)
 _____ % du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)
 _____ % du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)
 _____ % du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)

AUTRE ACTIVITÉ ENVISAGEABLE

Une autre activité peut-elle être raisonnablement envisagée? Oui Non
 Une nouvelle activité est-elle déjà exercée? Oui Non
 Si oui, laquelle? _____ depuis _____ (jj/mm/aaaa)
 Incapacité de travail dans cette nouvelle activité _____ % du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)

AI / AMF / AA

Une annonce auprès de l'AI a-t-elle eu lieu? (détection précoce) Oui Non Si oui, quand? _____ (jj/mm/aaaa)
 Si non, pourquoi pas? _____
 Une demande a-t-elle eu lieu? Oui Non Si oui, quand? _____ (jj/mm/aaaa)
 Auprès de quelle institution? AI AA AMF
 Date de l'annonce / demande _____ (jj/mm/aaaa)

REPRISE DU TRAVAIL

Peut-on prévoir une reprise du travail ou une amélioration de la capacité de travail? Oui Non
 Si oui, à partir du _____ (jj/mm/aaaa) à _____ %
 Des mesures d'ordre professionnel ou un Case Management sont-ils indiqués? Oui Non
 Si oui, lesquelles? (par ex. reconversion, coaching, orientation professionnelle) _____

 Comment estimez-vous le pronostic? _____

Nous vous demandons de nous envoyer des copies des rapports existants.

QUESTIONS SPÉCIALES / REMARQUES

Lieu, date: _____ Timbre et signature: _____

Honoraires:

Rapport médical CHF 45.-
 Rapport médical plus détaillé CHF 65.-

Veuillez envoyer le questionnaire et le bulletin de versement à: **PKRück, Vertrauensärztlicher Dienst, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**