

## QUESTIONARIO MEDICO

È possibile compilare questo modulo in formato elettronico e stamparlo

[www.pkruECK.com](http://www.pkruECK.com) > Downloads > Kundenformular > Questionario medico

### INFORMAZIONI GENERALI

Istituto di previdenza \_\_\_\_\_  
Persona assicurata \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
Estratto dalla cartella clinica dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

### CAUSA DELL'INABILITÀ LAVORATIVA

Diagnosi con codice ICD \_\_\_\_\_  
Diagnosi con influenza sull'inabilità al lavoro \_\_\_\_\_  
Diagnosi senza influenza sull'inabilità al lavoro \_\_\_\_\_  
Quando è stata fatta la diagnosi? \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

#### In caso d'infortunio:

Data dell'infortunio \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) Genere d'infortunio \_\_\_\_\_  
L'infortunio è stato provocato da terzi?  Sì  No

### TRATTAMENTO AMBULATORIALE

tramite lei dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
prima di lei dal dottore \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
dopo di lei dal dottore \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
Da quando conosce la persona assicurata? \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
Segue un trattamento regolare?  Sì  No  
Se sì per quali motivi? \_\_\_\_\_

### SOGGIORNO IN OSPEDALE

Où? \_\_\_\_\_  
Giorno dell'ammissione \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) della dimissione \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

### ANAMNESI E DECORSO DEL CASO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Genere e durata del trattamento \_\_\_\_\_  
Medicamenti prescritti (dosaggio) \_\_\_\_\_  nessuno  
Eventuali malattie o infortuni precedenti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### GRADO E DURATA DELL'INABILITÀ

**Definizione di incapacità lavorativa:** È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica o psichica, compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale.

In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (articolo 6 LPGA).

Grado e durata dell'inabilità di esercitare il lavoro svolto finora (indipendentemente dalla situazione del mercato di lavoro o dell'economia nazionale alla base di un grado d'impiego al 100%):

\_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
\_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
\_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
\_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

### ALTERNATIVA ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Entra in considerazione un'altra attività professionale?  Sì  No  
Viene svolta una nuova attività?  Sì  No  
Se sì quale? \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
Incapacità lavorativa nella nuova attività \_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

### AI / AM / AINF

Il caso è stato annunciato all'AI (rilevamento tempestivo)?  Sì  No Se sì, quando? \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
Se no, perché? \_\_\_\_\_  
È stato effettuato un annuncio?  Sì  No Se sì, quando? \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
Se sì presso?  l'AI  l'AM  l'AMF  
Data dell'annuncio \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

### RIPRESA DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA

È prevista una ripresa rispettivamente un aumento dell'attività lavorativa?  Sì  No  
Se sì, dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ %  
Sono indicati dei provvedimenti professionali o un Case Management?  Sì  No  
Se sì quali? (p.e. riqualificazione professionale, coaching, orientamento professionale) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Come valuta la prognosi? \_\_\_\_\_

Vi chiediamo di inviarci copie dei rapporti esistenti.

### DOMANDE PARTICOLARI / OSSERVAZIONI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma: \_\_\_\_\_

#### Tariffe:

Certificato medico CHF 45.-  
Certificato medico dettagliato CHF 65.-

Certificato medico da inviare e un bollettino di versamento a: **PKRück, Vertrauensärztlicher Dienst, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**