

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

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

[www.pkruECK.com](http://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**