

QUESTIONARIO MEDICO

È possibile compilare questo modulo in formato elettronico e stamparlo

www.pkruECK.com > Downloads > Kundenformulare > 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? _____

E 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**