Attestato medico sull'inabilità al lavoro

(da compilare a cura del medico curante)

Confidenziale
Servizio medico della cassa
pensione giardinieri & fioristi
Ifangstrasse 8
8952 Schlieren

Persona assicurata

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: .....

Nr. AVS: 756. .....

Via: .....

CAP / Luogo .....

Estratto della cartella clinica dal: .....

1. Causa dell'incapacità lavorativa: ☐ Malattia ☐ Infortunio

Diagnosi e codice ICD: .....

Momento dei primi sintomi: .....

In caso d'infortunio, data: .....

Tipo d'infortunio: .....

---

2. Trattamento ambulatoriale, da parte sua: dal: ..... fino al: .....

Data dell'ultimo controllo: .....

---

3. Trattamento stazionario / Cura: .....

Data d'ingresso e uscita: .....

---

4. Anamnesi: .....

(Decorso cronologico, Terapia .....

Sintomi attuali / Stato attuale .....

Prognosi) .....

.....

.....

.....

.....

5. Grado e durata dell'inabilità al lavoro % dal: al:

(relativo all'attività finora esercitata) % dal: al:

% dal: al:

% dal: al:

---

6. Lavoro alternativo o adeguato possibile? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quali e in che misura? ---

Viene già svolta una nuova attività? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quali e in che misura? ---

Restrizioni nella nuova attività: ---

È prevedibile uno svantaggio permanente? ☐ Si ☐ No

Se sì, di che tipo? ---

---

7. Ci si può attendere una ripresa dell'attività professionale o un aumento della capacità lavorativa? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quando e in che misura? % da: ---

% da: ---

Le misure professionale sono indicate? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quale e da chi? ---

---

8. AI/AM/Assicurazione-Infortuni

È stata effettuata un'iscrizione? ☐ Sì ☐ No

Se sì, dove? --- Quando: ---

Luogo,data: ---

Timbro e firma del medico: ---

Nota onorario
Vi preghiamo di notare che, secondo il nostro regolamento, le spese per i documenti da fornire (ad es. certificato medico) sono a carico del beneficiario/persona assicurata.

Vi chiediamo pertanto di indirizzare la fattura di questo certificato direttamente al vostro paziente.

Domande
tel. 044 253 93 80 – Fax 044 253 93 94 - info@vorsorge-gf.ch