

Attestato medico sull'inabilità al lavoro

(da compilare a cura del medico curante)

Confidenziale
Servizio medico della cassa
pensione dei falegnami
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? Sì 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 professionali 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 92 – Fax 044 253 93 94 - info@pkschreiner.ch