



## Rapporto medico rapido relativo all'incapacità lavorativa

Gentile Dottoressa,  
Egregio Dottore,

Le chiediamo gentilmente di stampare il modulo dopo averlo compilato online e di rispedircelo via posta a:

**Visana Services AG**  
**Beratender Arzt**  
**Leistungszentrum Taggeld**  
**Postfach**  
**3000 Bern 16**

La preghiamo inoltre di allegare al modulo compilato, il modulo originale che ha ricevuto per posta dalla Visana.

La preghiamo di compilare il formulario in ogni sua parte. Necessitiamo anche le indicazioni dell'assicurato/a: Nome e cognome, data di nascita ed inizio dell'inabilità lavorativa. Come pure le informazioni da parte del datore di lavoro numero sinistro incluso. Lei può trovare queste indicazioni nel nostro formulario originale.

Per dei motivi di sicurezza e di protezione dei nostri dati, Lei ha la possibilità d'inviare il modulo via un indirizzo email HIN.

Lei può fatturarci i costi per il lavoro svolto in base alle informazioni menzionate sul formulario originale.

La ringraziamo per la preziosa collaborazione.

Cordiali saluti

Visana Services SA  
Centro prestazioni indennità giornaliera



## Rapporto medico rapido relativo all'incapacità lavorativa

Con questo rapporto medico rapido ci aiuta tempestivamente a cercare le misure necessarie e stabilire gli ulteriori passi da intraprendere. Le Sue indicazioni favoriranno una rapida reintegrazione nella vita professionale dell'assicurato/a. Siamo disposti ad onorare la Sua pronta risposta con un indennizzo interessante. La preghiamo di allegarci una polizza di versamento con numero IBAN. Grazie mille.

**Rispedire entro 2 settimane**

CHF 100.– / € 80.–

**Rispedire entro 3 settimane**

CHF 60.– / € 50.–

persona assicurata \_\_\_\_\_ inabilità lavorativa dal \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_

i datori di lavoro \_\_\_\_\_ numero sinistro \_\_\_\_\_

1. Diagnosi \_\_\_\_\_

2. Referti (allegare referti radiologici o di laboratorio così come referti di accertamento rilevanti)

3. Motivo dell'inabilità lavorativa  malattia  infortunio  
 complicazioni dovute a gravidanza data di nascita rivista: \_\_\_\_\_

4. a) È stata effettuata una visita da parte di un medico specialista?  sì  no

b) È prevista una visita da un medico specialista? In caso affermativo, indicare la data e il servizio specializzato?

c) È previsto un intervento chirurgico o un ricovero in ospedale?

In caso affermativo, indicare la data e il luogo, e quale intervento?

5. Inabilità lavorativa dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_ %

6. Prognosi dell'abilità al lavoro in  0 - 4 mesi  4 - 6 mesi  > 6 mesi

7. Ripresa presumibile del lavoro il (data): \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_ %

8. Influsso di ulteriori fattori non medici sull'inabilità lavorativa  sì  no

al posto di lavoro  privato  cultural  altro

osservazioni: \_\_\_\_\_

9. Come valuta la motivazione dell'assicurato verso il reinserimento nel processo lavorativo?

motivato  poco motivato

osservazioni: \_\_\_\_\_

10. Si deve prendere in considerazione un'altra attività?  sì  no  bisogna chiarire

11. L'assicurato potrà riprendere nuovamente l'attività lavorativa attuale?  sì  no

Luogo e data

Timbro e firma del medico