

Istituzione di previdenza nel quadro della proparis Fondazione di previdenza arti e mestieri Svizzera, Berna

Domande complementari sull'incapacità lavorativa

Per il servizio medico della Cassa pensione.

1. Dati personali

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via, n., NPA, località

Sesso

femminile

maschile

Stato civile:

N. di assicurazione sociale:

2. Dati professionali

Datore di lavoro

Attuale attività professionale?

Professione appresa?

3. Da quanto tempo la persona assicurata ha constatato l'esistenza della malattia ed ha preso atto della diagnosi?

Malattie o infortuni pregressi?

4. In che preciso momento è insorta per la prima volta l'incapacità lavorativa dovuta a questa malattia?

A partire da quando sussiste un'incapacità lavorativa certificata clinicamente di almeno il 20%?

5. Si prega di allegare le copie a disposizione dei consulti e/o dei rapporti sul decorso, oppure indicare l'indirizzo dei medici consultati.

Si prega di allegare le copie a disposizione dei rapporti sulle operazioni, sul decorso e sulle cause delle dimissioni, oppure indicare l'indirizzo dei medici o degli ospedali consultati.

6. Sussistono delle cause non patologiche che hanno influito sulla capacità lavorativa? (p. es. rapporto di lavoro, licenziamento, contesto sociale, ecc.)?

Sì No

Se Sì, quali?

Quali fattori hanno effettivamente limitato la capacità lavorativa?

7. È risultata una nuova e diversa causa all'origine dell'incapacità lavorativa? Sì No

Se Sì, quale?

Malattia Infortunio

Diagnosi e codice ICD?

In che preciso momento si sono manifestati i primi sintomi?

In caso d'infortunio: data e tipo di infortunio?

Decorso e prognosi dal suo ultimo rapporto?

-
8. Un trattamento medico-terapeutico o un altro genere di cura potrebbe aumentare la capacità lavorativa? Sì No

Se Sì, quale?

-
9. La riforma professionale sarebbe utile dal punto di vista medico? Sì No

In cosa consisterebbe la riforma professionale?

È già stata inoltrata presso l'assicuratore infortuni o AI la richiesta di provvedimenti professionali? Sì No

Se Sì, quando e dove?

10. Quali attività adattate al suo handicap potrebbero essere ragionevolmente proposte alla persona assicurata tenendo conto delle sue limitazioni per ragioni di salute?

Si prega di indicare le attività/gli orari/il rendimento:

			Orario di lavoro?			Prestazione fornita (Rendimento)?
	Si	No	Tempo pieno (X)	Parziale (X)	Ore settimanali	(%)
Attività in posizione esclusivamente seduta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Attività in posizione esclusivamente in piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Attività richiedenti numerosi spostamenti a piedi (terreno accidentato?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Attività richiedenti numerosi spostamenti a piedi (terreno accidentato?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Attività richiedenti numerosi cambiamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lavori in posizione ricurva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lavori in posizione accovacciata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lavori in posizione inginocchiata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lavori richiedenti rotazioni in posizione seduta e in piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lavori richiedenti sollevamento e trasporto di pesi (vicino/ lontano dal corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salire scale/ponteggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salita di scale (frequente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altre attività?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indicazioni valide dal?

--

Aspetti particolari da segnalare all'attenzione (ad es. aumento graduale della capacità di lavoro, ambiente di lavoro tranquillo)?

Sono stati indicati mezzi ausiliari?

Sì No

Se Sì, quali?

Quali attività (esempi ...?) non possono essere più prese in considerazione

11. AI/AM/assicuratore infortuni

Il caso è già stato notificato?

 Sì No

Se Sì, quando?

Se Sì, presso?

 AI AM Assureur-accidents

Nome dell'assicuratore infortuni?

Nome di un altro eventuale assicuratore?

Incarto n. (se disponibile)?

In caso di alcuna notifica all'AI/AM/assicuratore infortuni:

Prevista in futuro?

 Sì No

Se Sì, quando?

Se No, perché?

12. Ha predisposto un rapporto a tale effetto? Sì No**Ha già rilasciato rapporti all'attenzione di altri uffici?** Sì No

Se Sì, per quali? Quando?

Si prega di allegare le copie!

13. Ha controllato la presenza di medicinali nel sangue? Sì No

Risultato?

14. La persona assicurata osserva scrupolosamente le misure terapeutiche? Sì No

Se No, possibili motivi?

15. Informazioni supplementari, precisazioni e proposte?

Onorario medico

Rapporto breve CHF 60. -

Rapporto dettagliato
CHF 80. -

Rapporto la cui stesura richiede
molto tempo CHF 140. -

Si prega di allegare il bollettino di versamento!

--

Luogo, data

Timbro e firma del medico