



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?

☐

Si

☐

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?

☐

Si

☐

No

Se Sì, quale?

9. La riforma professionale sarebbe utile dal punto di vista medico?

☐

Si

☐

No

In cosa consisterebbe la riforma professionale?

È già stata inoltrata presso l'assicuratore infortuni o AI la richiesta di provvedimenti professionali?

☐

Si

☐

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	☐	☐	☐	☐		
Attività in posizione esclusivamente in piedi	☐	☐	☐	☐		
Attività richiedenti numerosi spostamenti a piedi (terreno accidentato?)	☐	☐	☐	☐		
Attività richiedenti numerosi spostamenti a piedi (terreno accidentato?)	☐	☐	☐	☐		
Attività richiedenti numerosi cambiamenti	☐	☐	☐	☐		
Lavori in posizione ricurva	☐	☐	☐	☐		
Lavori in posizione accovacciata	☐	☐	☐	☐		
Lavori in posizione inginocchiata	☐	☐	☐	☐		
Lavori richiedenti rotazioni in posizione seduta e in piedi	☐	☐	☐	☐		
Lavori richiedenti sollevamento e trasporto di pesi (vicino/ lontano dal corpo)	☐	☐	☐	☐		
Salire scale/ponteggi	☐	☐	☐	☐		
Salita di scale (frequente)	☐	☐	☐	☐		
Altre attività?	☐	☐	☐	☐		

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?

☐ Si

☐ 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?

☐ Si

☐ No

Se Sì, quando?

Se No, perché?

12. Ha predisposto un rapporto a tale effetto?

☐ Si

☐ No

Ha già rilasciato rapporti all'attenzione di altri uffici?

☐ Si

☐ No

Se Sì, per quali? Quando?

Si prega di allegare le copie!

13. Ha controllato la presenza di medicinali nel sangue?

☐ Si

☐ No

Risultato?

14. La persona assicurata osserva scrupolosamente le misure terapeutiche?

☐ Si

☐ 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