



Schweizerische Ärzte-Krankenkasse
Caisse-Maladie des Médecins Suisses

Membre:

Médecin traitant:

A remplir s.v.p. en majuscules ou à la machine

Rapport intermédiaire

(d'après vos notes)

1. Origine de l'incapacité de travail/de gain/de l'invalidité/de l'infirmité :

- Diagnostics exacts

.....
.....
.....

- Début des symptômes:

.....

- Dernière consultation:

.....

- Le patient est-t-il déjà traité pour la même affection ou le même accident:

oui:

non:

- Si oui, à quelle date et par qui:.....

.....

2. Traitement:

- ambulatoire par vous même:

depuis:.....

- avant vous:

Dr. à depuis:.....

- autres médecins

Dr. à depuis:.....

Dr. à depuis:.....

- hospitalier:

- lieu..... du..... au..... Dr.....

- lieu..... du..... au..... Dr.....

- Veuillez joindre le cas échéant une copie du rapport de sortie.

- Séjour de cure:

- lieu..... du..... au..... Dr.....

- lieu..... du..... au..... Dr.....

3. Anamnèse et évolution du cas:

4. Pronostic:

5. Existe une infirmité?

- En quoi l'infirmité consiste-t-elle?

.....
.....

- Quelle est la gravité de l'infirmité?

.....

- Le patient est-il indigent et est il tenu de recevoir des soins,
et dans quel mesure?

.....
.....

6. D'après votre jugement, notre membre est-il capable de mener une vie correspondant à son âge?

oui:

non:

7. Questions particulières / remarques:

Date:

Timbre et signature: