



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 ou de gain ou de l'invalidité:

- 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. Incapacité de travail ou de gain:

100 % du.....au.....
.....% du.....au.....
.....% duau.....

la reprise du travail est-elle prévue: **oui:** **non:**

si oui: à:.....% dès le.....
à:.....% dès le.....

6. S'il existe une invalidité, veuillez en indiquer l'importance en %.....

- une demande de rente AI a-t-elle été faite? **oui:** / **non:** **date:**.....

- une révision de rente AI est-elle prévue? **oui:** / **non:** **date:**.....

7. Questions particulières / remarques:

Date:

Timbre et signature: