

Membre :

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

Médecin traitant :

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

A remplir s.v.p. en majuscules, à la machine ou digital (www.saekk.ch)

Rapport médical

(Sur la base de vos informations depuis le dernier message.)

1. Origine de l'incapacité de travail :

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

- Début des symptômes :

- Première consultation :

- **Dernière consultation :**

- Le patient / la patiente est-il/est-elle déjà traité/e pour la même maladie ou le même accident? oui non (veuillez cocher)

- Si oui, à quelle date et par qui ?

.....

2. Traitement :

- **ambulatoire** par vos soins, depuis

- avant vous : Dr..... à..... depuis.....

- autres médecins : Dr..... à..... depuis.....

Dr..... à..... depuis.....

- **hospitalier / lieu :**

..... du/au..... Dr.....

..... du/au..... Dr.....

- **Séjour de cure / lieu :**

..... du/au..... Dr.....

..... du/au..... Dr.....

Veuillez joindre les copies des rapports existants.

3. Anamnèse et évolution du cas :

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

4. Pronostic :

.....
.....

5. Incapacité de travail :

 % du	au
 % du	au
 % du	au
- une reprise/une augmentation du travail est-elle envisageable ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (veuillez cocher)
si oui :	à :..... %	dès le :
	à :..... %	dès le :
- De quel ordre serait la capacité de travail tolérable pour le patient / la patiente dans une autre activité professionnelle ? % %

6. Assurance-invalidité :

(veuillez cocher :)

- une demande de rente AI a-t-elle été faite?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	date :
- une décision de l'AI a-t-elle été prise?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	date :
- Si une décision de l'AI a été prise, quel en est le degré d'invalidité ? % %

7. Questions particulières / remarques :

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

Date :

Timbre et signature :

-
.....
- Facture ou note d'honoraires avec bulletin de versement
 - Rapports d'hôpital / rapports de sortie
 - Autres annexes.....