



**VISANA**  
RAPPORT MEDICAL

Docteur,

- Veuillez imprimer le formulaire et l'envoyer par courrier à l'adresse ci-dessous:

**Visana Services AG  
Beratender Arzt  
Leistungszentrum Taggeld  
Postfach  
3000 Bern 16**

- Nous vous prions également de joindre au formulaire rempli le formulaire original que vous avez reçu de Visana par courrier.
- Veuillez indiquer sur le formulaire rempli le numéro de sinistre qui se trouve sur le formulaire original de Visana.
- Pour des raisons de sécurité et de protection des données, vous avez la possibilité de transmettre votre document via une adresse HIN.
- Vous pourrez nous facturer, selon le tarif LCA, les frais correspondant au travail occasionné. Nous n'indemnisons que les rapports que nous avons mandatés.
- Le formulaire électronique est un modèle standard. Si nous vous avons posé d'autres questions dans le formulaire original, veuillez y répondre également (dans la rubrique destinée aux informations supplémentaires ou sur un document que vous établissez séparément).

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration et vous prions d'agréer, Docteur, nos meilleures salutations.

Visana Services SA  
Centre de prestations Indemnités journalières



RAPPORT MEDICAL

concernant l'incapacité de travail
établi à l'intention du médecin-conseil

Personne assurée
nom / prénom:
date de naissance:
n° de sinistre:
profession apprise:
activité exercée:

Extrait du dossier médical depuis

1. Cause de l'incapacité de travail:

- maladie, accident, maternité, non déterminé

Quels diagnostics selon le code ICD justifient l'incapacité de travail?

Dotted lines for medical diagnosis input

A quelle date exacte les premiers symptômes se sont-ils manifestés?

Dotted lines for symptom date input

En cas d'accident: date et nature de l'accident?

Dotted lines for accident details input

2. Traitement ambulatoire:

par vous-même du au
date du dernier contrôle
avant vous, par le
Dr. à depuis
après vous, par le
Dr. à depuis

3. Traitement hospitalier / traitement spécialisé / cure:

où?
date d'entrée: date de sortie:



RAPPORT MEDICAL

4. Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour):

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

Symptômes actuels / état actuel:

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

Indications subjectives par le patient / constat objectif:

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

Pronostic:

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

5. Nature et importance du traitement actuel (date de consultation / fréquence des traitements):

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

Médication actuelle (y compris le dosage)? [ ] aucune

laquelle?.....
.....

Recommandations pour la future thérapie:

.....
.....

6. Degré et durée de l'incapacité de travail par rapport à l'activité exercée à ce jour et le taux d'activité:

..... % du ..... au .....
..... % du ..... au .....
..... % du ..... au .....



## RAPPORT MEDICAL

7. Questions sur l'activité exercée à ce jour:

7.1 Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

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

7.2 Comment se manifestent-elles au travail?

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

7.3 Médicalement vu, l'activité actuelle est-elle raisonnable?

oui à quel degré? .....  
 non

7.4 La capacité de travail y est-elle réduite?

oui pourquoi? etendue? .....  
 non

8. Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail? Si oui, à partir de quelle date et à quel degré?

non       oui  
à ..... %                      à partir du.....  
à ..... %                      à partir du.....

9. AI / AM / assureur accidents: un contact a-t-il été établi?

non       oui      quand? .....  
 l'AI       l'AM       l'assureur accidents      lequel: .....  
 autres      lesquels? .....

10. Existent-ils des raisons non médicales qui influencent la capacité de travail (par ex. lieu de travail, perte de travail, questions sociales etc.)?

non       oui  
si oui, lesquelles?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## RAPPORT MEDICAL

De quelle manière la capacité de travail est-elle concrètement réduite?

.....

.....

.....

Est-ce que la même activité est envisageable auprès d'un autre employeur?

.....

.....

11. L'incapacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales, thérapeutiques ou autres?

non       oui

Si oui, lesquelles?

.....

.....

.....

.....

.....

12. Quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des restrictions de santé subies et dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap? Veuillez séparer en activités / durée / performance (rendement).

	oui	non	quelle durée?		avec quelle performance? rendement?
			temps complet	si durée réduite, combien et pourquoi?	
activités uniquement en position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
activités uniquement en position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
activités dans différentes positions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
activités exercées principalement en marchant (terrain irrégulier?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
travailler avec les bras au-dessus de la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
accroupi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
à genoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
rotation en position assise / en position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
soulever / porter (près/-loin du corps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
monter sur une échelle / une échafaudage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
autres? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
soulever / porter (près/-loin du corps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	limite de poids: .....		.....

Depuis quand ces indications sont-elles valables? .....

