

Annuncio d'infortunio LAINF d'infortunio LAINF

 Infortunio Lesione dent. Malattia prof. Ricaduta

		N° infortunio	
1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	N° tel.	N° contratto
	E-Mail		
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a (ramo d'impresa)		
2. Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS
	Via	N° tel. (se disponibile)	Nazionalità
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni/in formazione fino a 25 anni <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Nome e indirizzo della cassa malati		
3. Impiego	Data d'assunzione	Professione svolta	
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/a o operaio/a <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante		
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato fino al _____ <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto per il _____		
	Orario di lavoro dell'infortunato/a (ore settimanali): _____ Grado di occupazione come da contratto: _____ % Orario di lavoro aziendale (ore settimanali): _____ Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input checked="" type="checkbox"/> ad orario ridotto		
4. Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada)		
6. Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia professionale	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli		
	Persone coinvolte: _____ Testimoni: _____ Esiste un rapporto di polizia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sconosciuto		
7. Infortunio professionale	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)		
8. Infortunio non professionale	Fino a quando ha lavorato l'infortunato/a per l'ultima volta nell'impresa prima dell'infortunio (giorno, data, ora)? Fino a: _____ Motivo dell'assenza: _____		
9. Lesione	Parte del corpo lesa:	<input type="checkbox"/> sinistra	<input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita
10. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, da quando?		
	Durata presumibile dell'inabilità al lavoro <input type="checkbox"/> Superiore ad un mese	Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando? _____ <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> in parte	
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo
	12. Salario	CHF	all'ora al mese all'anno
	Salario base contrattuale incl. carovita (lordo)		
	Indennità figli/famiglia		
	Indennità vacanze/giorni festivi in % oppure		
	Gratifiche/tredicesima (e altro) in % oppure		
	Supplementi di salario (ad es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in nature, indennità di turno) Genere: _____		
13. Casi speciali	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Collaborante familiare <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Soggetto all'imposta alla fonte <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro: _____		
14. Altri prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato/a ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, Suva o altra assicurazione infortuni obbligatoria, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, casse disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione?		

Luogo e data

Timbro e firma



Annuncio d'infortunio LAINF

Copia per l'impresa

 Infortunio Lesione dent. Malattia prof. Ricaduta

N° infortunio

1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	N° tel.	N° contratto	
		E-Mail		
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a (ramo d'impresa)			
2. Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS	
	Via	N° tel. (se disponibile)	Nazionalità	
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni/in formazione fino a 25 anni <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
	Nome e indirizzo della cassa malati			
3. Impiego	Data d'assunzione	Professione svolta		
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/a o operaio/a <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante			
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato fino al _____ <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto per il _____			
	Orario di lavoro dell'infortunato/a (ore settimanali): _____ Grado di occupazione come da contratto: _____%			
4. Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada)			
6. Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia professionale	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli			
	<p>Persone coinvolte): _____ Testimoni: _____</p> <p>Esiste un rapporto di polizia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sconosciuto</p>			
7. Infortunio professionale	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)			
8. Infortunio non professionale	Fino a quando ha lavorato l'infortunato/a per l'ultima volta nell'impresa prima dell'infortunio (giorno, data, ora)?			
9. Lesione	Fino a: _____ Motivo dell'assenza: _____			
10. Inabilità al lavoro	Parte del corpo lesa: <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita			
	Natura della lesione: _____			
	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, da quando? _____			
10. Indirizzi dei medici	Durata presumibile dell'inabilità al lavoro <input type="checkbox"/> Superiore ad un mese		Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando? _____ <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> in parte	
	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo	
12. Salario	CHF	all'ora	al mese	all'anno
	Salario base contrattuale incl. carovita (lordo)			
	Indennità figli/famiglia			
	Indennità vacanze/giorni festivi in % oppure			
	Gratifiche/tredicesima (e altro) in % oppure			
Supplementi di salario (ad es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in nature, indennità di turno) Genere: _____				
13. Casi speciali	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Collaborante familiare <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Soggetto all'imposta alla fonte <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro:			
14. Altri prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato/a ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, Suva o altra assicurazione infortuni obbligatoria, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, casse disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione?			

Luogo e data

Timbro e firma

Va a : Datore di lavoro

Certificato medico LAINF
 Infortunio Lesione dent. Malattia prof. Ricaduta

N° infortunio

Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	N° tel.	N° contratto
	E-Mail		
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a (ramo d'impresa)		
Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS
	Via	N° tel. (se disponibile)	Nazionalità
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni/in formazione fino a 25 anni <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Nome e indirizzo della cassa malati		
Impiego	Data d'assunzione	Professione svolta	
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/a o operaio/a <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante		
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato fino al _____ <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto per il _____		
	Orario di lavoro dell'infortunato/a (ore settimanali): _____ Grado di occupazione come da contratto: _____%		
Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno
	Alle ore		
1. Prima consultazione	Giorno	Mese	Anno
2. Indicazioni del paziente	Fattispecie e disturbi invocati, ricaduta ?		
	<input type="checkbox"/> durante <input type="checkbox"/> fuori dalle ore di consultazione <input type="checkbox"/> sul luogo dell'infortunio <input type="checkbox"/> al domicilio del paziente		
3. Stato generale	a) Costatazioni particolari (stato d'animo, alcool, droghe, etc.) b) Conseguenze di malattie e d'infortuni; anomalie corporali (invalidità)		
4. Reperto locale	Reperto radiografico :		
5. Diagnosi			
6. Causalità	Trattasi unicamente di conseguenze d'infortunio ? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se no, motivare per favore:		
7. Terapia	a) Cure istituite? _____		
	b) Proposte speciali? _____		
	c) Il paziente è ospedalizzato? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì, dove?		
8. Inabilità lavorativa	<input type="checkbox"/> sì al _____ % dal _____ Durata presumibile? <input type="checkbox"/> no		
9. Ripresa di lavoro	<input type="checkbox"/> sì Parzialmente al _____ % dal _____ Completamente dal _____ <input type="checkbox"/> no		
10. Chiusura della cura medica	<input type="checkbox"/> sì il: _____ <input type="checkbox"/> no - Presumibilmente fra _____ settimane		

Luogo e data

Timbro e firma del medico

**Modulo per la farmacia LAINF**

Indicare il numero di infortunio →

		N° infortunio	
Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	N° tel.	N° contratto
	E-Mail		
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a (ramo d'impresa)		
Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS
	Via		
	NPA Domicilio		

Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore
-----------------------------	--------	------	------	----------

Avvertenze per l'infortunato/a

Se l'assicurazione si è assunta le spese di cura, i medicinali prescritti dal medico le verranno consegnati dal farmacia gratuitamente.

La preghiamo di ritirare tutti i medicinali dalla stessa farmacia, al quale consegnerà questo modulo. La preghiamo di indicare, o di far indicare dal farmacia, in alto a destra, il numero d'infortunio che figura su ogni nostro documento.

Avvertenze per il farmacia

L'assicurazione comunica all'infortunato/a l'assicurazione delle spese di cura. La preghiamo di richiedere in visione tale conferma – la quale vale come garanzia di pagamento anche per lei – e di riportare il numero d'infortunio indicato sul presente modulo.

Nota della farmacia

Data della fornitura	Natura e quantità dei medicinali forniti	Prezzo	
		CHF	Cts.
Allegare le ricette p.f.		Totale	

La preghiamo di spedire questa nota al termine della cura medica – al massimo tre mesi dopo la data dell'infortunio – all'indirizzo di cui sopra menzionato.

Può richiedere un nuovo modulo all'assicurazione – indicando il numero d'infortunio – qualora:

- lo spazio per l'indicazione delle forniture fosse esaurito;
- la fornitura di medicinali non fosse terminata dopo tre mesi dalla data dell'infortunio.

Data:**Timbro della farmacia:**

