

**RAPPORTO MEDICO IN CASO DI INABILITÀ AL LAVORO
(MALATTIA, MATERNITÀ, INFORTUNIO SUL LAVORO, MALATTIA PROFESSIONALE)**

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettera a).ii; paragrafo 1, lettera b).ii; paragrafo 1, lettera c).ii; articolo 25, paragrafo 1, lettera b); articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettera a).ii; paragrafo 1, lettere b).ii e c).ii
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 2 e 3; articolo 24; articolo 26, paragrafi 5 e 7; articolo 61, paragrafi 2 e 3; articolo 64; articolo 65, paragrafi 2 e 4

Da compilare a cura del medico dell'istituzione che redige il modulo E 115 e che deve essere allegato a tale modulo, in busta chiusa, se trattasi di un caso di malattia o di maternità (?).

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

1.	Istituzione competente destinataria
1.1	Denominazione:
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione:
1.3	Indirizzo:
1.4	Riferimento: nostro modulo E 116 del (data)

2. Accluso ad un modulo E 115 del (data)

3.	La persona interessata
3.1	Cognome(i) ⁽³⁾ :
3.2	Cognome da nubile (se diverso):
3.3	Nome(i): Data di nascita:
3.4	Indirizzo nel paese di residenza o di dimora:
3.5	Numero di identificazione personale:

4. Il sottoscritto, dottore in medicina, dopo aver esaminato la persona sopra menzionata

il

4.1 ritiene che si tratta di

un caso di malattia un caso di maternità (data probabile del parto:)

4.2 ritiene che si tratta probabilmente di

un infortunio sul lavoro una malattia professionale un incidente

4.3 una ricaduta o aggravamento

A. Rapporto generale

5. Da compilare in tutti il casi

5.1 Anamnesi medica e sintomi attuali:

5.2 Esame clinico:

5.3 Altre osservazioni:

5.4 Esami speciali ⁽⁴⁾:

5.5 Diagnosi:

5.6 Conclusioni:

5.7 L'inabilità al lavoro non è riconosciuta

5.8 L'inabilità al lavoro è riconosciuta a decorrere dal al

5.9 La persona interessata è riconosciuto in parte inabile al lavoro per (..... %) dal al ⁽⁵⁾

5.10 La persona interessata sarà sottoposta ad un ulteriore controllo medico il

5.11 La persona interessata è in grado di lavorare dal

B. Rapporti in caso di infortunio sul lavoro

6. Primo rapporto medico

6.1 L'infortunio ha provocato le seguenti lesioni ⁽⁶⁾:

6.2 Tali lesioni hanno avuto avranno come conseguenza ⁽⁷⁾

6.3 L'inabilità al lavoro ha avuto inizio il

6.4 La persona infortunata è curata

al proprio domicilio presso l'ambulatorio medico

in ospedale altrove

Indirizzo ⁽⁸⁾:

7. Ultimo rapporto medico

7.1 Il trattamento si è concluso il:

7.2 Le lesioni si sono stabilizzate il:

7.3 con una guarigione completa

7.4 ed avranno presumibilmente come conseguenza:

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

7.5 Descrizione particolareggiata dello stato della persona infortunata dopo la guarigione o la fine del trattamento medico:

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

8. Istituzione del luogo di residenza o di dimora:

8.1 Denominazione:

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

8.3 Indirizzo:

.....

8.4 Timbro

8.5. Data:

8.6. Firma:

.....

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Il modulo E 116 non è richiesto per domande di prestazioni di maternità erogabili in Belgio. Per il Belgio, si deve sempre trasmettere il presente modulo dapprima all'istituzione competente belga in materia di assicurazione malattia. Per la Repubblica ceca, il Liechtenstein, la Finlandia, la Norvegia e la Svezia, il modulo è compilato dal medico curante della persona interessata e verificato dall'ente assicurativo.
- (3) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (4) Indicare il tipo di esame e la data.
- (5) Qualora la richiesta provenga dalla Norvegia.
- (6) Indicare il genere e la natura delle lesioni e le parti del corpo lese: frattura del braccio; contusione alla testa, alle dita; lesioni interne; asfissia, ecc.
- (7) Indicare le conseguenze certe o presunte delle lesioni constatate: morte, inabilità permanente o temporanea, totale o parziale; in caso di inabilità temporanea, verificarne la durata presunta.
- (8) Ove le cure siano dispensate in ospedale, indicare anche la denominazione dell'ospedale stesso.