

# Rapport médical

à l'attention du médecin-conseil de ÖKK

## A. Informations personnelles

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Profession: \_\_\_\_\_  
Rue, n°: \_\_\_\_\_ NPA, localité: \_\_\_\_\_

## B. Questions sur l'état de santé

Observation médicale du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Dernier contrôle le: \_\_\_\_\_

1. Diagnostic(s):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Pathologies familiales?

oui  non

Si oui, lesquelles?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Maladies/accidents/opérations antérieurs?

oui  non

Si oui, lesquels?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Consommation d'alcool et de nicotine?

oui  non

Si oui, quelle quantité?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prise de médicaments:

oui  non

Si oui, lesquels?

---

---

Consommation de drogues?

oui  non

Si oui, lesquelles?

---

---

5. Constatations importantes (avec date du constat)

Taille: Poids:

Tension artérielle: Pouls et sa qualité:

Résultat ECG: Données de laboratoire:

---

---

Autres constatations pertinentes:

---

---

6. Depuis quand la ou les affections existent-elles?

---

---

---

7. Depuis quand le patient a-t-il connaissance de cette affection/ces affections?

---

---

8. Des traitements ont-ils déjà été effectués?

oui  non

Si oui, lesquels?

---

---

Des traitements sont-ils prévus?

oui  non

Si oui, lesquels et quand?

---

---

Une opération est-elle envisagée?

oui  non

Si oui, laquelle et quand?

---

---

9. Y avait-il ou y a-t-il une incapacité de travail?

oui  non

Si oui, durée et degré?

Du: au: Degré en %:

10. Pronostic concernant les points suivants:

Evolution de la maladie:

---

---

Fin du traitement:

---

---

Déficits fonctionnels durables:

---

---

Incapacité de travail durable:

---

---

Risque d'une invalidation:

---

---

Séjour hospitalier:

---

---

11. Avez-vous connaissance de risques pour la santé qui n'apparaissent pas clairement dans les réponses susmentionnées?

---

oui  non

Si oui, lesquels?

---

---

12. Remarques/compléments:

---

---

---

---

Lieu/date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Frais de rapport CHF: \_\_\_\_\_ (Merci de joindre un bulletin de versement)

Veuillez envoyer le formulaire à l'adresse suivante: