

# 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 %:
-----	-----	-------------

Du:	au:	Degré en %:
-----	-----	-------------

Du:	au:	Degré en %:
-----	-----	-------------

Du:	au:	Degré en %:
-----	-----	-------------

Du:	au:	Degré en %:
-----	-----	-------------

Du:	au:	Degré en %:
-----	-----	-------------

Du:	au:	Degré en %:
-----	-----	-------------

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: