

Dott.	
Specialista in	
Via	
Cap	Città
Tel.	
Fax	
eMail	
P. IVA	

GENERALITÀ DEL DANNEGGIATO			
Cognome		Nome	Sesso M F
Nato il	Comune di Nascita		Prov.
Codice fiscale		Via	
Comune di Residenza		Cell.	
Tel.			
Doc. d'Identità	Rilasciato da		N.
Professione		Mansione	
Infortunio sul lavoro	SI NO		
Periodo di assenza di lavoro dichiarato			
Denuncia	INAIL	INPS	

INTERVISTA SULLE MODALITÀ DELL'EVENTO		
Data	Luogo di accadimento	
Ruolo del danneggiato		Tipo di veicolo
Utilizzo obbligatorio di protezione		
Narrazione sintetica delle modalità di accadimento:		
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>		

ANAMNESI PATOLOGICHE REMOTE ED EVENTUALI SITUAZIONI PREGRESSE

ANAMNESI PATOLOGICHE PROSSIME

TIPOLOGIA E LOCALIZZAZIONE DELLE LESIONI

<i>Lesione</i>	
<i>Tipo di Lesione</i>	
<i>Sede della Lesione</i>	

GIUDIZIO SUL NESSO DI CAUSALITÀ

<i>NESSO CAUSALE FRA EVENTO E LESIONI</i>	<i>SI</i>	<i>No</i>
<i>NESSO CAUSALE FRA LESIONI ACCERTATE E MENOMAZIONI</i>	<i>SI</i>	<i>No</i>
<i>COMPATIBILITÀ FRA LE LESIONI ACCERTATE ED IL CORRETTO</i>	<i>SI</i>	<i>No</i>
<i>USO DEI PRESIDI OBBLIGATORI DI PROTEZIONE</i>	<i>SI</i>	<i>No</i>

DIAGNOSI MEDICO LEGALE

ESAME OBIETTIVO

VALUTAZIONE MEDICA PRESENTATA DAL DANNEGGIATO

.....RC				
I.P. _____%	I.T.T. _____gg	I.T.P. _____gg al 75%	I.T.P. _____gg al 50%	I.T.P. _____gg al 25%

CONGRUITÀ DELLE SPESE MEDICHE

<i>RICEVUTA DI SPESA</i>	<i>ESIBITE</i>	<i>CONGRUITÀ</i>
<i>Trattamenti fisioterapici</i>		
<i>Visite mediche specialistiche</i>		
<i>Accertamenti Diagnostici</i>		
<i>Farmaci</i>		
<i>Altro</i>		
<i>Sub Totale</i>		
<i>Cerificati ai fini Assicurativi</i>		
<i>Perizia medico legale di parte</i>		
<i>TOTALE</i>		