



AZIENDA _____ **DATA SINISTRO** ____ / ____ / ____

NOME: _____ **COGNOME:** _____

1. Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata

2. Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, ecc)

3. Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti?

4. Era ferito prima dell'infortunio, già invalido, mutilato, difetti di corpo o di mente.

5. Il ferito è costretto a rimanere a letto e per quanto tempo?

6. Può disimpegnare fin d'ora almeno in parte le sue originarie occupazioni?

7. Conseguenze immediate della lesione: inabilità temporanea totale / parziale?

8. Si presume invalidità permanente residua?

9. In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica?

10. Da chi venne prestata la prima cura?

Il Medico Curante

Data.....

.....