

ALLEGATO B

Relazione di parere psichiatrico

Medico/clinica

Paziente _____

Data di nascita _____ Professione svolta _____

N. _____ di _____ sinistro _____ Evento _____ del _____

Modalità di accadimento del sinistro

Anamnesi

Referto attuale e diagnosi precisa Codice ICD e diagnostica differenziale

Trattamento

è indicato un trattamento farmacologico, se sì quale?

quante visite sono necessarie?

sono indicati/e trattamenti/terapie supplementari? Se sì, quale/i? (es psicoterapia indirizzo?)

Inabilità lavorativa

Quali limitazioni fisiche, intellettuali, psichiche sono esistenti e in che modo influenzano concretamente lo svolgimento del lavoro attuale (compiti da risolvere)?

in ragione dei disturbi psichici, è presente un'incapacità al lavoro?

è realistico prevedere un aumento della capacità lavorativa? Se sì, quando? In caso di risposta negativa, per quali precisi motivi?

Come giudica la capacità lavorativa rispetto al mercato del lavoro in generale? Eventualmente in quali condizioni o con quali limitazioni (fisiche)?

Qual è la sua prognosi? Durata prevista del trattamento medico?

Osservazioni

Luogo e data _____

Timbro e firma del medico