

Stato maggiore dell'esercito - Sanità militare, Servizio medico militare Notifica di malattia e infortunio durante il servizio militare / di protezione

Modulo per l'invio a medico civile, dentista od ospedale e per il ritiro di medicinali presso una farmacia civile (importo > CHF 100.-)

► Angaben des Versicherten			
1. N. di assicurato (se conosciuto):	2. N. di assicurazione sociale:	3. Data di nascita / sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4. Cognome:	5. Nome:	6. E-mail:	
7. Via e n.:	8. NPA:	9. Domicilio:	
10. N. cellulare:	11. N. tel. privato:	12. N. tel. ufficio:	
13. Genere di servizio:	Data inizio del servizio - fine del servizio (ordinaria)	Licenziamento anticipato <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Data: _____	
14. Inizio e sviluppo della malattia o data, luogo e dinamica dell'infortunio, tipo di lesione, parti del corpo interessate			
<p>Se infortunio: <input type="checkbox"/> in servizio <input type="checkbox"/> libera uscita/tempo libero <input type="checkbox"/> in congedo <input type="checkbox"/> percorso di andata o di ritorno</p>			
15. Condizione professionale: <input type="checkbox"/> impiegato <input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/> senza attività lucrativa <input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> in formazione/perfezionamento			
16. Attività professionale attuale:		17. Datore di lavoro: (nome, NPA e località)	
► Indicazioni del medico di truppa o del corso			
18. Constatazione del medico di truppa o del corso, ev. diagnosi, medicinali prescritti:			
19. Invio a o trattamento da parte di: (nome, via, NPA e località)			
<input type="checkbox"/> Invio a o trattamento da parte di:		Tel.:	GLN:
		Fax:	RCC:
<input type="checkbox"/> Medico civile, dentista, ospedale:		Tel.:	GLN:
		Fax:	RCC:
<input type="checkbox"/> Farmacia: Ritiro di medicinali oltre CHF 100.-		Tel.:	GLN:
		Fax:	RCC:
20. Osservazioni:			
21. Medico di truppa o del corso: (nome, via, NPA e località)			
		Tel.:	GLN:
		Fax:	RCC:
Luogo di stazionamento:		Firma: _____	
Data: _____		non necessaria in caso di invio elettronico	

Nota: la fattura secondo TARMED / tariffa dentaria AInf / AM/ AI e la fattura dei medicinali possono essere spedite all'assicurazione militare per via elettronica mediante MediData. GLN: 7601003003130

Invio elettronico

Con il pulsante «Invia copia» questo modulo viene inviato una copia legalmente valida del modulo attuale all'AM.