

## 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.-)

| ► <b>Angaben des Versicherten</b>  |  |   |      |
|--|--|---|------|
| 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<br><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)  |      |
| ► <b>Indicazioni del medico di truppa o del corso</b>  |  |   |      |
| 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:<br>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.