

Sede: XXXXXXXXXX

Data:

Infortunio N.  
Assicurato

del

Codice gestione  
nato il

**RELAZIONE DI VISITA MEDICA PER ACCERTAMENTO MENOMAZIONE INTEGRITA'  
PSICOFISICA**

del

I - a) Causale dell'infortunio

b) Natura e decorso della lesione o della malattia

c) Unità sanitarie che hanno prestato le cure

II - a) Anamnesi remota e familiare

Mese/Anno Diagnosi

Struttura sanitaria

invalidità

Competenza

Mese/Anno Diagnosi

Struttura sanitaria

invalidità

Competenza

Mese/Anno Diagnosi

Struttura sanitaria

invalidità

Competenza

b) Precedenti infortuni o M.P.

c) Sono state esaminate le notizie fornite dal Casellario Centrale Infortuni?

III - a) Esame obiettivo

b) Evento attuale

Lesioni

Menomazioni

Grado Codice

c) Preesistenze

---

Il Dirigente medico II Livello

Sede:

Data: :

Infortunio N  
Assicurato

del

Codice gestione  
nato il

**IV - Criteri valutativi adottati**

**V - Grado di menomazione dell'integrità psicofisica derivante dall'infortunio in oggetto:**

**VI - Grado di menomazione dell'integrità psicofisica per accertamento postumi  
coefficiente d'indennizzo:**

a) Quale Ente di patrocinio é intervenuto?

**VII - Dati riassuntivi**

a) Descrizione della sede e natura della lesione attuale o descrizione dell' infortunio

(codice E)

b) Menomazione derivanti dall'infortunio attuale

(Ha)

c) Dispositivi tecnici

d) Descrizione della preesistente menomazione dell'integrità psicofisica

Scadenza della prima visita di revisione