

Rapporto per lesioni personali

Data intervento medico .../.../..... ora..... luogo.....

Medico che ha rilevato le lesioni

Cognome.....Nome.....

Abitante a.....Via.....n°.....

Generalità dell'assistito:

Cognome.....Nome.....

Nato a.....(.....) il .../.../.....

Abitante a.....(.....) Via.....n°.....

Generalità delle persone che hanno chiesto l'intervento medico:

Assistito Altri:.....

Data dell'evento lesivo/...../.....ora luogo.....

Luogo dove si trova attualmente l'assistito.....

Cause e circostanze dichiarate dall'assistito.....

Sintomi riferiti dall'assistito.....

Condizioni generali dell'assistito.....

Descrizione e sede delle lesioni.....

Natura delle lesioni.....

Probabile mezzo che ha causato le lesioni.....

Conseguenza probabile delle lesioni

Invalidità totale invalidità parziale (.....)

Invalidità permanente invalidità temporanea

Prognosi (salvo complicanze): giorni

Addì/...../.....

Timbro e firma del medico