

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Nome e cognome dell'assicurando _____ Data di nascita _____

C.F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Lei è il Medico curante dell'assicurando?

 Si No

In caso affermativo La preghiamo di specificare da quanto tempo conosce l'assicurando, quando è stato consultato da lei l'ultima volta e per quale motivo

In caso negativo, conosce l'assicurando per altri motivi? Si prega di specificare

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO

1. Nella sua parentela consanguinea ci sono stati casi di: malattie di cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali, ipertensione, cancro o tumori, corea di Huntington's, malattie nervose o mentali, morbo di Parkinson o morbo di Alzheimer?

 Si No

In caso affermativo specificare l'età alla diagnosi e il tipo di malattia

2. Negli ultimi 3 anni si è sottoposto a uno o più degli esami elencati?

 Si No

In caso affermativo spuntare la relativa casella e indicare data, motivo ed esito

 ECG _____

 Radiografie _____

 Ecografie _____

 TAC _____

 Risonanza Magnetica _____

 Mammografia _____


		<input type="checkbox"/> Test HIV _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
4.	Attualmente e' in attesa di ricovero?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare motivo e date _____
5.	Attualmente assume medicinali o si sottopone ad altre terapie mediche? In caso affermativo specificare quali e motivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.	Attualmente fuma o ha mai fumato	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì specificare consumo giornaliero e tipo (sigarette, sigari, pipa) _____ Se fumava e ha smesso indicare da quanto tempo e motivo: _____
7.	Soffre o ha mai sofferto di o ricevuto cure per:	<u>In caso affermativo si prega di specificare dettagli completi (date, diagnosi, trattamento, esito)</u>
a.	Tumori, cancro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
b.	Malattie dell'apparato respiratorio?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
c.	Malattie cardiovascolari/circolatorie/cerebrovascolari ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ _____
d,	Malattie dell'apparato digerente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____

e.	Malattie dell'apparato genitourinario?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ _____
f.	Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ _____
g.	Malattie neurologiche o del sistema nervoso?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
i.	Anemie o malattie del sangue?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8.	Fa uso o ha mai fatto uso di droghe o sostanze stupefacenti ? (Se sì, quando, quali, in che misura)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ _____
9.	Fa o ha fatto uso di alcolici? (Se sì in che misura). E stato mai trattato per uso eccessivo di alcol o e' stato consigliato di ridurre il Suo consumo di alcol	Si <input type="checkbox"/> : specificare tipo e quantita': _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	E' mai risultato positivo al test per la ricerca	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

	degli anticorpi al virus HIV?		
10.	Solo per le donne:		
	Ha mai sofferto di alterazioni del ciclo, malattie delle mammelle, disturbi durante la gravidanza degli organi riproduttivi?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	
	E' attualmente incinta? (Di quanti mesi?)	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<p>DICHIARO ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date a tutte le domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso.</p> <p>Riconosco che le notizie e i dati richiestemi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia e che eventuali dichiarazioni che alterino la realtà dei fatti possono invalidare il contratto</p> <p>Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono avermi curato o visitato e le altre persone, ospedali, case di cura e istituti in genere ai quali la Compagnia, anche in caso di sinistro, credesse di rivolgersi per informazioni e acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per esso comunicate a terzi nei limiti delle necessità assicurative o riassicurative.</p> <p>Dichiaro di aver letto e approvato quanto sopra.</p>			
	Data	Firma dell'assicurato	Firma del medico
	_____	_____	_____

ESAME OBIETTIVO

11.a Altezza cm _____ Peso kg. _____

Nell'ultimo anno è aumentato? Sì No Diminuito? Sì No Di quanti Kg _____

12 APPARATO CARDIOVASCOLARE

12 a - ispezione, palpazione, percussione area cardiaca _____



- 12b - auscultazioni del cuore _____
- 12c - arterie _____
- 12d - vene (varici,emorroidi,ecc.) _____.
- 12e - pressione arteriosa massima _____ minima _____
- 12f - frequenza cardiaca _____

Conclusione diagnostica _____

13 APPARATO RESPIRATORIO:

- 13a - prime vie aeree _____
- 13b - ispezione palpazione,percussione, ed auscultazione del torace _____

Conclusione diagnostica _____

14 SISTEMA NERVOSO E ORGANI DI SENSO:

- 14a -condizioni psichiche _____
- 14b - mobilità _____
- 14c - sensibilità e riflessi _____

15 DURANTE L'ESAME SONO STATE RICONTRATE ANOMALIE : (se la risposta è positiva fornire tutte le relative informazioni)

- 15a della cute e mucose visibili Sì No _____
- 15b (per le donne) malattie della mammella Sì No _____
- 15c del sistema linfonodale principale Sì No _____
- 15d della tiroide Sì No _____
- 15e dell'apparato muscoloscheletrico Sì No _____

Occorrerebbero ulteriori esami per l'esatta valutazione del rischio? Sì No

In caso affermativo indicare quali e motivo: _____



Eventuali altre osservazioni o informazioni complementari

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed ed eseguito l'esame obiettivo secondo scienza e coscienza, rimette questo rapporto in busta chiusa alla Filiale di competenza perché la trasmetta alla Direzione Generale della Compagnia.

Luogo _____ data _____ ora _____

Visita eseguita presso:

studio del medico ambulatorio ospedaliero domicilio Assicurativo

Timbro e Firma del medico _____

Residente a _____ via _____

