



Agenzia Generale di _____
Indirizzo mail Agenzia _____
Telefono _____
Mod.31

RELAZIONE DEL MEDICO sulla situazione sanitaria e le abitudini di vita dell'assicurato

Si prega di scrivere MOLTO CHIARO, rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande senza barrare nessuna parte del modello, ma compilando in maniera esaustiva con tutte le informazioni di cui è a conoscenza.



1. DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Nome e cognome _____

Età _____

Professione _____

Stato civile _____

Attività sportive praticate _____



2. INFORMAZIONI RELATIVE AL MEDICO

Nome e cognome _____

Era il medico abituale dell'assicurato? SI NO

Da quale data? _____

Quali medici lo curavano precedentemente?

MEDICO PRECEDENTE 1

Nome e cognome _____

Indirizzo di residenza

Se tuttora in vita

C.A.P.

Comune

Provincia

Paese

MEDICO PRECEDENTE 2

Nome e cognome

Indirizzo di residenza

Se tuttora in vita

C.A.P.

Comune

Provincia

Paese

In quali anni e per quali malattie hanno visitato l'Assicurato?



3. DATI RELATIVI AL SINISTRO OCCORSO ALL'ASSICURATO

Evento che ha colpito

l'Assicurato:

Barra una delle seguenti opzioni

Morte

Invalidità/Inabilità

Cause dell'evento

che ha colpito l'Assicurato:

Barra una delle seguenti opzioni

Malattia (compresi eventi acuti e/o improvvisi)

Evento Accidentale/Incidente stradale

Suicidio/Omicidio
(o tentato Suicidio/Omicidio)

Altro (specificare)

Località del sinistro _____

Provincia _____

Data del sinistro _____

Ora _____



3. BREVE STORIA CLINICA DEL PAZIENTE

Anamnesi personale remota

(Importantissimo evidenziare eventuali patologie pregresse sofferte dall'Assicurato, precisandone la data di insorgenza ed il relativo grado/tipo/valore)

Il paziente si è mai sottoposto a visite specialistiche, esami di laboratorio, ecografie, elettrocardiogrammi che abbiano evidenziato situazioni anormali di rilievo?

SÌ NO

Se sì, indicare le date, il nominativo del Gabinetto di ricerche ed i risultati ottenuti:

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri

(Indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Clinica privata)

L'assicurato fumava?

SÌ NO

Ha mai fumato?

SÌ NO

Se sì, indicare quante sigarette al giorno più o meno e periodo:

Quantità _____

Periodo dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa? SI NO

Se sì, indicare il tipo di farmaco e il periodo:

1. Farmaco

Periodo dal _____ al _____

2. Farmaco

Periodo dal _____ al _____

L'assicurato ha mai assunto farmaci per altre malattie? SI NO

Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il tipo di farmaco e il periodo

1. Motivazione sanitaria

Tipo di farmaco

Periodo dal _____ al _____

2. Motivazione sanitaria

Tipo di farmaco

Periodo dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai avanzato richiesta di riconoscimento di invalidità/handicap grave? SI NO

Se sì, quando?

Per quale patologia/evento?

Qual è stato l'esito dell'accertamento?

L'Assicurato beneficiava di esenzioni ticket legate a invalidità e/o patologie dallo stesso sofferte? SI NO

Se sì, indicare il tipo di esenzione con il relativo codice e la data del relativo riconoscimento:



5. BREVE STORIA CLINICA DELLA MALATTIA

Da compilare esclusivamente se l'evento è stato causato da malattia.

Diagnosi della malattia iniziale

Successioni morbose

Accidente terminale

(solo in caso di morte)

Anamnesi personale recente

(importantissimo precisare la data d'inizio della malattia che ha causato il sinistro)

Quando ha cominciato a curare l'Assicurato nell'ultima malattia?

Sintomatologia della malattia

Decorso della malattia

Ricerche ed esami specialistici eseguiti durante il decorso

(indicare le date, il nominativo del Gabinetto di ricerche ed i risultati ottenuti)

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri

Periodo ricovero

Ospedale/Clinica

La diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici? SI NO

Se sì, quali furono?
(cognome, nome, residenza ed epoca in cui furono consultati)

La diagnosi clinica dell'ultima malattia è stata convalidata da quella anatomica? SI NO

Conosceva l'Assicurato la natura della malattia? SI NO

Se sì, da quando?

O quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse? SI NO



6. ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE AL SINISTRO

È stata eseguita autopsia/riscontro diagnostico? SI NO
Se sì, allegare referto

Quali notizie e informazioni può aggiungere a migliorare l'illustrazione del caso clinico?

Luogo e data

Firma del medico curante

Timbro