

RELAZIONE MEDICA DA COMPILARE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

Il medico, sotto la propria responsabilità, deve redigere il presente modulo in ogni sua parte, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possano illustrare la natura, l'inizio e il decorso dell'ultima malattia dell'Assicurato.

Cognome e nome dell'Assicurato: _____

Stato civile: _____

Professione: _____ Età: _____

Data e ora della morte: _____

Luogo del decesso: _____ Via: _____

Quale fu la causa di morte dell'Assicurato?

Quale fu la malattia iniziale?

In base ai dati anamnestici ed ai sintomi osservati a quale data doveva presumibilmente riportarsi l'inizio della malattia?

Quando il medico _____ (*nome del medico*) incominciò a curarlo per tale malattia?

La malattia richiese accertamenti diagnostici?

In caso affermativo indicare il tipo e l'epoca in cui furono effettuati.

La malattia richiese ricoveri?

In caso affermativo specificare il luogo e l'epoca in cui si resero necessari.

Esistevano condizioni patologiche precedenti all'ultima malattia?

Quali?

Da quanto tempo esse esistevano?

Quali cure aveva praticato?

L'Assicurato fu altre volte ricoverato in clinica, in ospedale o sottoposto ambulatorialmente ad accertamenti diagnostici (esami radiografici, elettrocardiografici, biotipici, ematologi, ecc.) o a trattamenti terapeutici?
(Indicare l'epoca, il luogo di ricovero e la malattia)

Era (*nome del medico*) il medico abituale dell'Assicurato?
Da quando?

Quale medico lo curava precedentemente?

Quali altre notizie od informazioni può (*nome del medico*) aggiungere?

Data e luogo: _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE
