

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Eseguita dal Dott. _____

sulla Malattia Grave per il quale l'assicurato/a _____ Signor/a _____
ha presentato denuncia di sinistro.

Al fine di permetterci di completare tempestivamente la valutazione del sinistro, La preghiamo gentilmente di voler rispondere in maniera chiara ed esauriente a tutte le domande, scrivendo possibilmente in stampatello. L'assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato

1) Si prega di indicare da quale delle seguenti malattie/eventi è stato/a colpito/a l'assicurato/a:	<input type="checkbox"/> Infarto miocardico: <input type="checkbox"/> Ictus cerebrovascolare <input type="checkbox"/> Cancro <input type="checkbox"/> Insufficienza Renale <input type="checkbox"/> Trapianto d'organo <input type="checkbox"/> By-pass aorto-coronarico
Data di diagnosi della malattia/data dell'intervento di cui sopra	
Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti:	
2) È il medico abituale dell'assicurato?	<p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare da quando _____ e fornire dettagli su visite da Lei effettuate in merito a patologie di rilievo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Nel caso non fosse il medico abituale dell'assicurato si prega di fornire, se ne è a conoscenza, il nome e l'indirizzo del medico abituale:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>3) Per la malattia/intervento di cui alla domanda 1), per quanto Le è dato di sapere, sono stati consultati altri medici?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di fornire i relativi dettagli:</p> <hr/> <hr/> <hr/>																		
<p>4) Quando è stato consultato per la prima volta dall'assicurando in merito alla malattia ?</p>	<hr/> <hr/> <hr/>																		
<p>5) Da quali sintomi/segni è stata dedotta la natura della malattia ?</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																		
<p>6) Quando hanno avuto inizio tali sintomi? Si prega di specificare con la maggior precisione possibile / preferibilmente giorno/mese/anno</p>	<hr/> <hr/> <hr/>																		
<p>7) Sono effettuati esami ematochimici, e/o strumentali e/o visite specialistiche per la diagnosi della malattia?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare quali esami, visite ecc. e le relative date ed esiti:</p> <table border="1" data-bbox="584 1435 1514 1677"> <thead> <tr> <th data-bbox="584 1435 775 1498">Data (gg/mm/aa)</th> <th data-bbox="775 1435 1222 1498">Esame/visita</th> <th data-bbox="1222 1435 1514 1498">esito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Data (gg/mm/aa)	Esame/visita	esito															
Data (gg/mm/aa)	Esame/visita	esito																	

<p>3) La malattia era connessa a processi patologici precedenti?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare quali:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>b) È in grado di stabilire la data in cui si sono manifestate tali patologie?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare:</p> <hr/> <hr/>
<p>c) Ritiene che dette patologie, anteriori all'insorgenza della Malattia grave di cui alla domanda 1), abbiano potuto esercitare qualche influenza su questa?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> _____</p> <hr/>
<p>9) L'assicurato conosceva la natura della malattia?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
<p>10) Quali malattie o fattori di rischio risultano dall'anamnesi dell'assicurato?</p>	<hr/> <hr/> <hr/>
<p>11) Per quanto Le è dato di sapere l'assicurato:</p> <p>a) fuma o ha mai fumato?</p> <p>b) fa o ha fatto uso di alcolici</p> <p>c) fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti?</p>	<p>a) No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare la quantità giornaliera _____ Qualora avesse smesso di fumare, può precisare da quando e per quale motivo _____</p> <hr/> <p>b) No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera _____</p> <hr/> <p>c) No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di fornire dettagli _____</p> <hr/> <hr/>

<p>d) Prima dell'insorgenza della malattia l'assicurato faceva uso di farmaci su base continuativa</p>	<p>d) No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare quali farmaci, il dosaggio, date e durate delle cure ed il motivo</p>																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Tipo farmaco</th> <th style="width: 15%;">Dosaggio</th> <th style="width: 15%;">Data inizio cura e (gg/mm/aa)</th> <th style="width: 15%;">Data fine cura (se ancora in corso specificare "in corso")</th> <th style="width: 40%;">Motivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Tipo farmaco	Dosaggio	Data inizio cura e (gg/mm/aa)	Data fine cura (se ancora in corso specificare "in corso")	Motivo																									
Tipo farmaco	Dosaggio	Data inizio cura e (gg/mm/aa)	Data fine cura (se ancora in corso specificare "in corso")	Motivo																											
<p>12) La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utile indicare</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																														

Dichiaro di aver fornito le notizie che precedono in piena consapevolezza e con competenza.

Luogo e Data _____

Firma e timbro del medico _____