

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Eseguita dal Dott. _____

Sulla malattia che determinò la morte dell'assicurato/a Signor _____

avvenuta in data _____ alle ore _____ luogo _____

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

Causa del decesso:	
Diagnosi della malattia iniziale :	
Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti:	
1) Era 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>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>
2) Per l'ultima malattia, per quanto Le è dato di sapere, furono consultati altri medici?	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di fornire i relativi dettagli:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
3) Quando fu consultato per la prima volta dall'assicurato in merito all'ultima malattia (per i sintomi di tosse, astenia, dolori) ?	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>9) Quali malattie o fattori di rischio risultano dall'anamnesi dell'assicurato?</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>10) Per quanto Le è dato di sapere l'assicurato:</p> <p>a) fumava o ha mai fumato?</p> <p>b) ha fatto o faceva uso di alcolici?</p> <p>c) ha fatto o faceva uso di sostanze stupefacenti?</p> <p>d) L'assicurato ha fatto o faceva uso di farmaci su base continuativa?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare la quantità giornaliera _____</p> <p>Qualora avesse smesso di fumare, può precisare da quando e per quale motivo _____</p> <hr/> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera _____</p> <hr/> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di fornire dettagli _____</p> <hr/> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare quali farmaci, il dosaggio, date e durate delle cure ed il motivo _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>11) La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utile indicare e inoltre di compilare la scheda anamnestica allegata.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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

Luogo _____, il _____

Firma e timbro del medico

Allegato alla Relazione del Medico Curante.

Scheda Anamnestica

La preghiamo di voler provvedere alla compilazione del documento indicando le eventuali patologie degne di nota (con data di diagnosi) e le relative terapie farmacologiche effettuate negli ultimi 5 anni.

ANAMNESI MEDICA

Nome e cognome assicurato: _____

Data della visita	Motivo della visita	Diagnosi	Note

Città: _____

Data: _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE
