

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ COD. FISC. _____ PROFESSIONE _____

Parte I: dichiarazioni dell'Assicurando raccolte dal medico

<p>1. Nella sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie al cuore o della circolazione prima dell'età di 65 anni? Casi di malattie renali, alcolismo, suicidi, ictus, diabete, tumori maligni o malattie nervose o mentali?</p>	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	<p>Precisazioni (malattia/grado di parentela, età alla diagnosi)</p> <hr/> <hr/> <hr/>																																																
<p>2. Ha praticato negli ultimi cinque anni accertamenti diagnostici?</p>	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Motivo</th> <th>Data</th> <th>Esito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>elettrocardiogramma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>radiografie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>elettroencefalogramma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>esami del sangue</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>esami dell'urina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>test hiv</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>altri (mammografia, biopsia, ecc...)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	Motivo	Data	Esito	elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				radiografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				esami del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				esami dell'urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				test hiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				altri (mammografia, biopsia, ecc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Si	No	Motivo	Data	Esito																																													
elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
radiografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
esami del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
esami dell'urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
test hiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
altri (mammografia, biopsia, ecc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
<p>3. È stato sottoposto a terapia radiante e/o chemioterapica?</p>	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	<p>anno _____ Tipo e durata _____</p> <p>Precisazioni _____</p> <hr/>																																																
<p>4. Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?</p>	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	<p>Quali e da quando?</p> <p>della vista <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>dell'udito <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>degli arti <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>altri <input type="checkbox"/></p> <hr/>																																																

5. Ha subito traumi o lesioni accidentali?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	<p style="text-align: right;">Quali e quando - postumi</p> del cranio <input type="checkbox"/> <hr/> degli organi di senso <input type="checkbox"/> <hr/> degli arti <input type="checkbox"/> <hr/> di altre parti <input type="checkbox"/> <hr/>																				
6. Fa uso di alcolici?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Quanto? Da quando? <hr/>																				
Fa uso di tabacco?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Quanto? Da quando? <hr/>																				
Ha mai fumato in passato?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Da quanti mesi ha smesso di fumare? <hr/> La sospensione del fumo è avvenuta su consiglio medico? Per quali motivi? <hr/>																				
7. Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Quali? <hr/> Quando l'ultima volta? <hr/>																				
8. Fruisce di pensione d'invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Anno</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Infermità</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Precisazioni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>per infortuni sul lavoro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>per malattie professionali</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>per cause di servizio</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>altre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <hr/>		Anno	Infermità	Precisazioni	per infortuni sul lavoro	<input type="checkbox"/>			per malattie professionali	<input type="checkbox"/>			per cause di servizio	<input type="checkbox"/>			altre	<input type="checkbox"/>		
	Anno	Infermità	Precisazioni																			
per infortuni sul lavoro	<input type="checkbox"/>																					
per malattie professionali	<input type="checkbox"/>																					
per cause di servizio	<input type="checkbox"/>																					
altre	<input type="checkbox"/>																					
9. Ha mai subito interventi?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Motivo, data, esito <hr/> <hr/>																				
10. <i>(per le donne)</i> Ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Quali? <hr/>																				
È incinta?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Mese di gravidanza <hr/>																				
Ha malattie delle mammelle?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Quali? <hr/>																				

11. Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> no		Data	Durata	Precisazioni
	<input type="checkbox"/> si	asma	<input type="checkbox"/>		
		bronchite cronica	<input type="checkbox"/>		
		enfisema	<input type="checkbox"/>		
		pleurite	<input type="checkbox"/>		
		tbc	<input type="checkbox"/>		
		tumori	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		
- dell'apparato cardiocircolatorio?	<input type="checkbox"/> no		Data	Durata	Precisazioni
	<input type="checkbox"/> si	infarto	<input type="checkbox"/>		
		angina pectoris	<input type="checkbox"/>		
		ipertensione	<input type="checkbox"/>		
		valvopatie	<input type="checkbox"/>		
		arteriopatie	<input type="checkbox"/>		
		varici degli arti inferiori	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		
- dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/> no		Data	Durata	Precisazioni
	<input type="checkbox"/> si	gastroduodenite	<input type="checkbox"/>		
		ulcera gastroduodenale	<input type="checkbox"/>		
		coliti ulcerose	<input type="checkbox"/>		
		epatite virale	<input type="checkbox"/>		
		cirrosi epatica	<input type="checkbox"/>		
		calcolosi biliare	<input type="checkbox"/>		
		tumori	<input type="checkbox"/>		
	altre/i	<input type="checkbox"/>			

- dell'apparato uro-genitale?	<input type="checkbox"/> no		Data	Durata	Precisazioni
	<input type="checkbox"/> si	nefriti	<input type="checkbox"/>		
		calcolosi	<input type="checkbox"/>		
		tumori	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		
- del sistema nervoso e della psiche?	<input type="checkbox"/> no		Data	Durata	Precisazioni
	<input type="checkbox"/> si	epilessia	<input type="checkbox"/>		
		nevrosi	<input type="checkbox"/>		
		paralisi	<input type="checkbox"/>		
		tumori	<input type="checkbox"/>		
	altre/i	<input type="checkbox"/>			
- del sistema endocrino-metabolico?	<input type="checkbox"/> no		Data	Durata	Precisazioni
	<input type="checkbox"/> si	diabete	<input type="checkbox"/>		
		dislipidemie	<input type="checkbox"/>		
		alterazioni della tiroide	<input type="checkbox"/>		
		alterazioni del surrene	<input type="checkbox"/>		
	altre/i	<input type="checkbox"/>			
- dell'apparato osteo-articolare?	<input type="checkbox"/> no		Data	Durata	Precisazioni
	<input type="checkbox"/> si	artriti	<input type="checkbox"/>		
		artrosi	<input type="checkbox"/>		
		tumori	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		
- del sangue?	<input type="checkbox"/> no		Data	Durata	Precisazioni
	<input type="checkbox"/> si	anemie	<input type="checkbox"/>		
		leucemie	<input type="checkbox"/>		
	altre/i	<input type="checkbox"/>			

12. Chi è il suo medico curante abituale o di famiglia?		Generalità _____ Indirizzo _____
13. È previsto un ricovero ospedaliero nei prossimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Motivo _____
14. Fa uso abituale di farmaci?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Quali? _____
15. Sport praticato: La sua attività sportiva e/o professionale la espone a particolari pericoli?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Specificare sport: _____ Quali? _____
16. Eventuali altre comunicazioni dell'Assicurando:		_____ _____

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 od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiestimi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia.

Prosciolgo dal segreto professionale i medici e gli Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia ritenesse di rivolgersi in ogni tempo, anche dopo l'eventuale sinistro, per richiedere informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'Assicuratore stesso o da chi per lui, comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Ho letto ed approvo specificatamente quanto sopra.

Data _____ Firma dell'Assicurando _____ Firma del medico _____

Parte II: esame obiettivo

Aspetto fisico-costituzione

Dati da rilevare

Altezza cm. _____

Peso Kg. _____ Precisioni _____

pressione arteriosa (avvertenza: se il valore rilevato con la prima misurazione appare non normale, ripetere la misurazione dopo almeno 10 minuti)

min _____ max _____

Frequenza cardiaca _____

	Normale	Eventuali precisazioni
1. Rapporto altezza/peso (cm/kg)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
2. Cute e mucose visibili (colorito, affezioni, cicatrici)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
3. (Per le donne) Ghiandole mammarie	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
4. Sistema linfonodale superficiale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____

	Normale	Eventuali precisazioni
5. Stato della tiroide	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
6. Apparato osteoarticolare (deformità, mutilazione, artropatie)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
Conclusione diagnostica		_____
7. Apparato respiratorio:		
- prime vie aeree	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- voce	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione del torace	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
Conclusione diagnostica		_____
8. Apparato cardiovascolare:		
- ispezione, palpazione, percussione	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- ascoltazione	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- arterie (in particolare polsi periferici)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- vene (varici, emorroidi, ecc.)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
Conclusione diagnostica		_____
9. Bocca e apparato digerente:		
- bocca	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- addome	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- fegato	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- milza	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
Conclusione diagnostica		_____

	Normale	Eventuali precisazioni
10. Sistema nervoso e organi di senso:		
- condizioni psichiche	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- motilità	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- sensibilità e riflessi	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
Conclusione diagnostica		_____

Parte III: Conclusioni

Necessitano esami di laboratorio e/o visite specialistiche? No Si

Giudizio diagnostico Normale Patologico (descrizione)

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo dell'Assicurando

Signor _____ con diligenza e precisione
 si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita e sul giudizio da lui dato e dichiara di non avere rapporti di parentela con l'Assicurando.

Comune _____ Luogo _____ data e ora _____
 in cui è stata effettuata la visita medica.

Timbro e Firma del Medico

- CONSULENTE
 FIDUCIARIO
 MEDICO CURANTE

Indirizzo _____

OSSERVAZIONI E INFORMAZIONI COMPLEMENTARI