

Questionario Sanitario

Cognome e nome dell'Assicurando/a.....

Data di nascita.....

Dichiarazione dell'Assicurando/a sottoscritta dal medesimo

- **Dichiara di non praticare sport pericolosi:** alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, sport aerei (quali paracadutismo, parapendio, deltaplano, ultraleggeri, aliante) sport motoristici, motonautica, motoslitta, aviazione privata, sport estremi (quali base jumping, rafting, torrentismo).

Firma dell'Assicurando/a

.....

Parte I: dichiarazioni dell'Assicurando raccolte dal medico

1. Ai suoi genitori, fratelli, sorelle sono state riscontrate malattie tra quelle indicate? NO SI

	PADRE	MADRE	FRATELLI	SORELLE
<input type="checkbox"/> dismetaboliche (diabete, gotta, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nervose e mentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> cardiocircolatorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tumori maligni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> altre malattie ereditarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Precisazioni (specificare oltre al grado di parentela, la malattie e l'età al momento della diagnosi)

.....

2. Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici? NO SI

Motivo, quando ed esito

- elettrocardiogramma
- radiografie
- elettroencefalogramma
- esami del sangue
- analisi delle urine
- altri

3. È mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc., per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adeno-tonsillectomia, ernia inguinale? NO SI

Per quali cause

Quando

Dove.....

Per quanto tempo

4. Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica? NO SI

Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando

.....

5. Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali? NO SI

Motivo, quando ed esito

- della vista
- dell'udito
- degli arti
- altri

.....

6. Ha subito traumi o lesioni accidentali? NO SI

Motivo, quali, quando e postumi

- del cranio
- degli organi di senso
- degli arti
- di altre sedi

.....

7. Fa uso o ha fatto uso di:

- a) alcolici NO SI
- b) tabacco NO SI

Quanto e da quando

.....

8. Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)? NO SI

Quali.....
 Quando
 Per quanto tempo

9. Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla? NO SI

Da quando, grado di infermità, parte o organo leso

- per infortuni sul lavoro
- per malattie professionali
- per infortuni da attività sportive
- altre

.....

10. È stato riformato alla visita di leva? NO SI

Motivo

.....

11. Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- asma
- bronchite
- enfisema
- pleurite
- tubercolosi
- tumori
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato cardiocircolatorio? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- infarto
- angina
- ipertensione
- valvulopatie
- arteropatie
- varici degli arti inferiori
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato digerente? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- gastroduodenite
- ulcera gastroduodenale
- colite ulcerosa
- epatite
- cirrosi epatica
- calcolosi biliare
- tumori
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato genitourinario? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- nefrite
- calcolosi
- tumori
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato muscoloscheletrico? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- artrite
- artrosi
- tumori
- altre malattie o disturbi

- del sistema nervoso o della psiche? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- epilessia
- nevrosi
- paralisi
- tumori
- malattia di Parkinson
- malattia di Alzheimer
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato endocrino-metabolico? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- diabete
- dislipidemie
- malattie della tiroide
- malattie surrenali
- altre malattie o disturbi

- del sangue? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- anemia
- leucemia
- emofilia
- altre malattie o disturbi

12. Per Assicurandi di sesso femminile:

- a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali? NO SI
- b) ha malattie della mammella? NO SI
- c) è incinta? NO SI

Quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi

.....

.....

(mese di gravidanza e andamento)

.....

13. Chi è il Suo medico curante e/o di famiglia?

generalità

indirizzo

14. Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle? NO SI

Motivo, quando, quali, trattamento e postumi

.....

15. È mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati? NO SI

Motivo e quando

.....

.....

16. Eventuali comunicazioni, in particolare se è previsto un ricovero ospedaliero? NO SI

Motivo e quando

.....

.....

17. Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci? NO SI

Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia

.....

.....

18. Si è sottoposto ad un test anti-HIV? NO SI

Quando ed esito
.....

19. È stato affetto da una delle seguenti malattie: malattie infettive (scarlattina, difterite, tifo, meningite, ecc.), setticemia, infezioni da HIV o malattie tropicali (malaria, ecc.)? NO SI

Quali, quando, motivo e postumi
.....

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite.

Ho letto e approvo quanto sopra.

Luogo e data

Firma dell'Assicurando/a

.....

.....

Parte II: esame obiettivo

Aspetto - costituzione fisica

altezza: cm peso: Kg precisazioni
.....

Il rapporto altezza/peso è normale?..... SI NO

se no, perché?

Pressione arteriosa

sistolica diastolica..... frequenza cardiaca

Se, nel corso di una prima misurazione, la pressione sistolica supera i 150mmHg o la diastolica i 90mmHg, si prega di effettuare una seconda misurazione al termine della visita.

Risultato

1. Cute e mucose visibili SI NO

2. (per le donne) ghiandole mammarie

È normale? SI NO

Se no, perché?
.....

3. Masse muscolari

È normale? SI NO

Se no, perché?.....
.....

4. Sistema linfonodale superficiale

È normale? SI NO
 Se no, perché?

5. Stato della tiroide

È normale? SI NO
 Se no, perché?

6. Apparato muscoloscheletrico

È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

7. Apparato respiratorio

<input type="checkbox"/> vie aeree superiori	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> voce	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

8. Apparato cardiovascolare

<input type="checkbox"/> ispezione, palpazione, percussione	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> auscultazione	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> arterie (in particolare polsi periferici)	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vene (varici, emorroidi, ecc.)	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

9. Bocca e apparato digerente

<input type="checkbox"/> bocca	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> addome (ispezione e palpazione)	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> fegato	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> milza	È normale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

10. Apparato genitourinario

È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

11. Sistema nervoso e organi di senso

- condizioni psichiche
- motilità
- sensibilità e riflessi
- udito
- vista
- olfatto

È normale? SI NO

È normale? SI NO

È normale? SI NO

È normale? SI NO

È normale? SI NO

È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

Indirizzo dello studio medico:

Comune

Data e ora in cui è stata eseguita la visita

Firma e timbro del medico:

Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

Firma dell'Assicurando/a

Ai sensi della normativa vigente si forniscono le seguenti avvertenze relative alla compilazione della documentazione sanitaria:

- (a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (Artt. 1892 - 1893 Codice Civile);
- (b) prima della sottoscrizione della documentazione sanitaria, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in essa riportate;
- (c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

Firma dell'Assicurando/a

