

QUESTIONARIO ANAMNESTICO DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residente in via _____ CAP _____ Città _____

Altezza (cm) _____ Peso (Kg) _____ Fumo (n. sigarette al giorno) _____ Alcool (quantità al giorno) _____

Fa o ha mai fatto uso di droghe? Sì No

Se sì specificare _____

Pratica sport pericolosi? Sì No

Se sì specificare _____

Ha l'AIDS? Sì No

1. È mai stato ricoverato in Ospedale, Casa di Cura, Day Hospital o al Pronto Soccorso? Sì No

Se sì specificare _____

Anno del ricovero _____ Durata _____ Motivo _____

Anno del ricovero _____ Durata _____ Motivo _____

(Allegare lettera di dimissioni, referti recenti, follow-up, ecc.)

2. Ha praticato negli ultimi 5 anni (o pratica attualmente) terapie continuative o a cicli ripetuti o saltuariamente (ad es. trattamenti con farmaci, radioterapia, fisioterapia, emotrasfusioni/emoderivati, ecc.)? Sì No

Se sì specificare _____

Anno _____ Quali _____ Motivo _____

Anno _____ Quali _____ Motivo _____

Anno _____ Quali _____ Motivo _____

3. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni a visite mediche o ad accertamenti diagnostici (ad es. esami del sangue, test HIV, esame delle urine, radiografie, elettrocardiogramma, TAC, RMN, ecografie, esami endoscopici, biopsie, PAP TEST, mammografia, ecc.)? Sì No

Se sì specificare _____

Anno _____ Quali _____ Motivo _____

Con quale esito? Negativo Altro _____

(ALLEGARE REFERTO/I RECENTE/I)

Anno _____ Quali _____ Motivo _____

Con quale esito? Negativo Altro _____

(ALLEGARE REFERTO/I RECENTE/I)

Data _____ Firma dell'Assicurando _____

Anno _____ Quali _____ Motivo _____

Con quale esito? Negativo Altro _____

(ALLEGARE REFERTO/I RECENTE/I)

4. Ha mai subito traumi o infortuni (ad es. fratture, traumi cranici, ecc.)? Sì No

Se sì specificare _____

Anno _____ Quali _____ Postumi _____

Anno _____ Quali _____ Postumi _____

5. Ha menomazioni fisiche o deficit funzionali (ad es. amputazioni, paresi, perdita della vista o dell'udito, ecc.)?

Sì No

Se sì specificare _____

6. Gode di rendita o invalidità (ad es. infortunio, malattie professionale, invalidità civile, ecc.)? Sì No

Se sì specificare quale _____

Da quando? _____ Per quale motivo? _____

(ALLEGARE COPIA DOCUMENTAZIONE)

7. Ha in corso altre polizze per rischio invalidità permanente da malattia? Sì No

Le ha avute e le sono state annullate? Sì No

Per quale motivo? _____

Se sì specificare con quale compagnia _____

Data _____ Firma dell'Assicurando _____

HA ATTUALMENTE O HA AVUTO IN PASSATO UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE?

1. Malattie cardiache (ad es. infarto, angina pectoris, vizi valvolari, aritmie, miocardiopatie, ecc.) Sì No

Se sì specificare quale _____

Da quando _____ Terapia _____

2. Malattie vascolari (ad es. iper-ipotensione, disturbi di circolazione, trombosi, flebiti, ictus, ecc.) Sì No

Se sì specificare quale _____

Da quando _____ Terapia _____

3. Diabete Mellito (o altre forme di diabete, ad es. durante la gravidanza, diabete renale, ecc.) Sì No

Se sì specificare quale _____

Da quando _____ Complicanze _____

Terapia _____

4. Altre malattie metaboliche o endocrine (es. patologie della tiroide, gotta, ecc.) Sì No

Se sì specificare quale _____

Da quando _____ Terapia _____

5. Malattie del sangue e della coagulazione (ad es. anemia, leucemia, del sistema linfatico, ecc.) Sì No

Se sì specificare quale _____

Da quando _____ Terapia _____

6. Malattie del sistema respiratorio (ad es. bronchite cronica, asma, tubercolosi, enfisema, ecc.) Sì No

Se sì specificare quale _____

Da quando _____ Terapia _____

7. Malattie osteoarticolari (ad es. artrosi, artriti, sciatalgia, ernie del disco, distrofia, osteoporosi, ecc.) Sì No

Se sì specificare quale _____

Da quando _____ Terapia _____

8. Malattie gastro-intestinali (ad es. ulcera, reflusso gastro-esofageo, colite ulcerosa, ernie, ecc.) Sì No

Se sì specificare quale _____

Da quando _____ Terapia _____

9. Malattie del rene e vie urinarie (ad es. calcoli, nefriti, cistiti, insufficienza renale, ecc.) Sì No

Se sì specificare quale _____

Da quando _____ Terapia _____

Data _____ Firma dell'Assicurando _____

10. Malattie del sistema nervoso centrale (ad es. Parkinson, sclerosi a placche, SLA*, epilessia, ecc.) Sì No
Se sì specificare quale _____
Da quando _____ Terapia _____
*SLA = sclerosi laterale amiotrofica
11. Malattie del fegato (ad es. epatiti, cirrosi, calcoli della cistifellea, pancreatiti, ecc.) Sì No
Se sì specificare quale _____
Da quando _____ Terapia _____
12. Malattie dell'apparato visivo o auditivo (ad es. glaucoma, distacco di retina ecc., sordità, ecc.) Sì No
Se sì specificare quale _____
Da quando _____ Terapia _____
13. Disturbi o malattie mentali (ad es. ansia, depressione, psicosi, deficit cognitivi, ecc) Sì No
Se sì specificare quale _____
Da quando _____ Terapia _____
14. Malattie tumorali Sì No
Se sì specificare _____
Da quando _____ Terapie effettuate _____

15. Malattie apparato genitale (uomo: prostata, testicoli, ecc.; donna: mammella, utero, ovaio ecc.) Sì No
Se sì specificare quale _____
Da quando _____ Terapia _____
16. Malattie del sistema immunitario o della pelle (ad es. artrite reumatoide , psoriasi, ecc.) Sì No
Se sì specificare quale _____
Da quando _____ Terapia _____
17. Altre malattie non inquadrabili tra quelle indicate ai precedenti punti Sì No
Se sì specificare quale _____
Da quando _____ Terapia _____

(ALLEGARE COPIA ESAMI DEL SANGUE E DELLE URINE ELENATE A PAGINA 7)

Data _____ Firma dell'Assicurando _____

DICHIARAZIONE DEL MEDICO CURANTE DELL'ASSICURANDO PER L'ASSUNZIONE DELLA COPERTURA MALATTIA

Da quanto tempo conosce l'Assicurando? _____ È il Medico curante dell'Assicurando?

Sì No

Notizie sullo stato di salute dell'Assicurando

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____

Attività professionale _____ Altezza (cm) _____ Peso (Kg) _____ Pressione art. (mmHg) _____

L'assicurando fa uso di fumo, alcool o droghe?

Sì No

Se sì specificare _____

n. sigarette/die _____ Alcool (quantità/die) _____ Droghe _____

L'Assicurando è mai stato ricoverato in Ospedale, Casa di Cura, Day Hospital o al Pronto Soccorso?

Sì No

Se sì specificare _____

Quale _____ Quando _____ Diagnosi ed eventuale intervento chirurgico _____

Quale _____ Quando _____ Diagnosi ed eventuale intervento chirurgico _____

Quale _____ Quando _____ Diagnosi ed eventuale intervento chirurgico _____

L'assicurando ha eseguito negli ultimi 5 anni esami di laboratorio o indagini strumentali?

Sì No

Se sì specificare _____

Data _____ Quali _____ Sintesi dell'esame _____

Data _____ Quali _____ Sintesi dell'esame _____

Data _____ Quali _____ Sintesi dell'esame _____

Data _____ Quali _____ Sintesi dell'esame _____

L'assicurando ha mai subito traumi o infortuni (ad es. fratture, traumi cranici, ecc.)?

Sì No

Se sì specificare _____

Anno _____ Quali _____ Postumi _____

Anno _____ Quali _____ Postumi _____

L'assicurando presenta menomazioni fisiche o deficit funzionali (ad es. amputazioni, paresi, difetti della vista e dell'udito, ecc.)?

Sì No

Se sì specificare _____

Data _____ Timbro e firma del medico curante _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

1. Patologie cardiache (infarto, angina pectoris, valvulopatie, aritmie, miocardiopatie, scompenso, ecc.) Sì No
2. Patologie vascolari (ipertensione, ictus, TIA, flebiti, trombosi ecc.) Sì No
3. Patologie sangue, organi emopoietici (coagulopatie, midollo, milza, e sistema linfatico) Sì No
4. Patologie dell'apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea, sotto la laringe) Sì No
5. Patologie O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) Sì No
6. Patologie dell'apparato gastro-intestinale superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) Sì No
7. Patologie dell'apparato gastro-intestinale inferiore (intestino, ernie, inclusa colite ulcerosa, ecc.) Sì No
8. Patologie epatiche (solo fegato) Sì No
9. Patologie renali (solo rene) Sì No
10. Altre patologie genitourinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) Sì No
11. Patologie del sistema muscolo-scheletrico (muscolo, scheletro, tegumenti) Sì No
12. Patologie endocrino metaboliche (patologie tiroide, infezioni, sepsi, stati tossici) Sì No
13. Diabete (specificare tipo e se presenti, quali complicanze) Sì No
-
14. Patologie del sistema nervoso (Parkinson, sclerosi a placche, SLA, epilessia, ecc.) Sì No
15. Patologie psichiatriche comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) Sì No
16. Tumori Sì No
17. Malattie infettive (HIV, AIDS, lue, ecc.) o tropicali (Malaria, Filariosi, ecc) Sì No
18. Patologie autoimmuni o del connettivo (artrite reumatoide, LES, ecc.) Sì No
19. Altre patologie non inquadrabili tra quelle indicate ai precedenti punti Sì No
-
-
-

Data _____ Timbro e firma del medico curante _____

Terapia attuale (uso continuato, o a cicli)

_____ Da quando _____

_____ Da quando _____

_____ Da quando _____

_____ Da quando _____

_____ Da quando _____

ESAMI DA ALLEGARE:

Esame delle urine completo (eseguito in laboratorio)

Esame del sangue:

Emocromo completo con formula e conta piastrinica;

VES;

Glicemia;

Colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridemia;

AST, ALT, gamma-GT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, elettroforesi proteica, tempo di protrombina;

Azotemia, creatininemia;

HbsAg, HbeAg, HCV;

PSA totale e libero (solo per gli uomini).

Data _____ Timbro e firma del medico curante _____