

QUESTIONARIO ANAMNESTICO DEL MEDICO CURANTE

NOME _____ , COGNOME _____ , NATO IL _____

E' necessario compilare accuratamente il presente questionario. In mancanza anche di una sola risposta, AFI ESCA non è in grado di poter decidere sulla richiesta di ammissione all'assicurazione dell'Assicurando. L'Assicurando dovrà compilare il presente questionario con l'assistenza del proprio Medico di fiducia, e firmare l'autorizzazione a richiedere agli Enti competenti il proprio materiale clinico a favore di AFI ESCA, lo stesso Medico di Fiducia dovrà poi apporre il proprio timbro e firma in calce al questionario stesso, a convalida delle dichiarazioni rese dall'Assicurando.

Il questionario verrà quindi trasmesso a AFI ESCA, nel rispetto delle regole del segreto professionale e nei casi previsti dalle Condizioni generali di assicurazione. E' facoltà dell'Assicurando facilitare l'analisi della propria situazione allegando al presente questionario documenti che si riferiscano alla situazione del proprio stato di salute (es. analisi del sangue, lastre, copia di ricette mediche, ecc.). Il medico incaricato da AFI ESCA si riserva il diritto di chiedere all'Assicurando eventuali documenti medici complementari. Le dichiarazioni sotto riportate hanno una validità di 90 giorni.

L'Assicurando esenta dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, autorizzando fin d'ora AFI ESCA all'acquisizione di copia di cartelle cliniche di degenza e di accertamenti medici.

Firma dell'Assicurando _____

Fare una croce nella casella del SI oppure in quella del NO		In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste
Altezza:cm; Peso:kg; Differenza (Altezza - Peso):		
1 - Questa differenza è compresa fra 80 e 120 ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2 - Fuma più di 20 sigarette al giorno o beve abitualmente alcoolici anche al di fuori dei pasti principali?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Specificare: Quantità sigarette giornaliere? Tipologia bevande e quantità giornaliera ?
3 - E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Da quando? Citare nomi e dosi delle medicine, cure o trattamenti
4 - E' colpito da una malattia cronica, da un'infermità, un'invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di quale natura? Da quando?
5 - E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Percentuale(i)?% Da quando? (allegare copia della notifica di rendita)
6 - Gode dell'esonero del ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Da quando?
7 - Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Per quanto tempo?
8 - Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato positivo per le sierologie HBV (virus dell'epatite B), HCV (virus dell'epatite C), HIV (virus dell'immunodeficienza umana) ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quale(i)? Quando? Risultato? Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
9 - Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni : <input type="checkbox"/> malattie reumatiche, disco-vertebrali, lombaggine, sciatica ? <input type="checkbox"/> disturbi neurologici, affezioni neuropsichiche, depressione nervosa? <input type="checkbox"/> patologie cardiache o vascolari, ipertensione arteriosa? <input type="checkbox"/> trattamento via radiazioni, cobalto, chemioterapie o immunoterapie? <input type="checkbox"/> altri trattamenti di una durata superiore a un mese?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i) ? Quando ? Durata ?
10 - Negli ultimi 10 anni è stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo diverso dai seguenti: maternità, parto cesareo, appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, IVG, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)?..... Quando? Per quanto tempo?
11 - E' stato informato che nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà: <input type="checkbox"/> subire una TAC, una risonanza magnetica, esami in ambiente ospedaliero? <input type="checkbox"/> essere ricoverato? <input type="checkbox"/> seguire un trattamento medico? <input type="checkbox"/> subire un intervento chirurgico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando?

DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome _____ Cognome _____ Città E Provincia _____

Telefono _____ E-mail _____

Data _____

Timbro e firma del Medico Curante _____