

Nome e Cognome dell'Assicurato/a _____

Data di nascita ____/____/____ Professione _____

Documento di riconoscimento _____ N. del documento _____

PARTE I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO

1	Nella Sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie (tra quelle a lato indicate)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Grado di parentela (se vivente o non vivente), quali, a che età e motivo _____ _____ _____ (casi di diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali, malattie cardiocircolatorie, ictus, malattie renali, sclerosi multipla, ipertensione, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer o malattie ereditarie)
----------	---	-----------------------------	-----------------------------	---

2	Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici (tra quelli al lato indicati)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma</td> <td><input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE</td> <td rowspan="5" style="vertical-align: top;">Motivo, quando ed esito _____ _____ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE</td> <td><input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG</td> <td><input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE</td> <td><input type="checkbox"/> ALTRI</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE	Motivo, quando ed esito _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE	<input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE	<input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG	<input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE	<input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE	<input type="checkbox"/> ALTRI		
<input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE	Motivo, quando ed esito _____ _____ _____													
<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE	<input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE														
<input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG	<input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE														
<input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE	<input type="checkbox"/> ALTRI														

3	È mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc. per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia ernia inguinale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi _____ _____ _____
----------	---	-----------------------------	-----------------------------	---

4	Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando _____ _____ _____
----------	---	-----------------------------	-----------------------------	--

5	Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DELLA VISTA</td> <td><input type="checkbox"/> DEGLI ARTI</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">Motivo, quali e da quando _____ _____ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DELL'UDITO</td> <td><input type="checkbox"/> ALTRI</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> DELLA VISTA	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	Motivo, quali e da quando _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> DELL'UDITO	<input type="checkbox"/> ALTRI
<input type="checkbox"/> DELLA VISTA	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	Motivo, quali e da quando _____ _____ _____							
<input type="checkbox"/> DELL'UDITO	<input type="checkbox"/> ALTRI								

6	Ha subito traumi o lesioni accidentali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DEL CRANIO</td> <td><input type="checkbox"/> DEGLI ARTI</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">Motivo, quali, quando e postumi _____ _____ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO</td> <td><input type="checkbox"/> DI ALTRE SEDI</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> DEL CRANIO	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	Motivo, quali, quando e postumi _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO	<input type="checkbox"/> DI ALTRE SEDI
<input type="checkbox"/> DEL CRANIO	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	Motivo, quali, quando e postumi _____ _____ _____							
<input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO	<input type="checkbox"/> DI ALTRE SEDI								

7	Fa uso o ha fatto uso di: a) alcolici b) tabacco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera _____ _____ _____
----------	--	-----------------------------	-----------------------------	--

8	Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera _____ _____ _____
----------	---	-----------------------------	-----------------------------	--

9 Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?

SI NO

- PER INFORTUNI SUL LAVORO
- PER MALATTIE PROFESSIONALI
- PER INFORTUNI DA ATTIVITÀ SPORTIVE
- ALTRE

Da quando, grado di infermità, parte o organo leso

10 È stato riformato alla visita di leva?

SI NO

Motivo

11 Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio?

SI NO

- ASMA
- BRONCHITE
- ENFISEMA
- PLEURITE
- TUBERCOLOSI
- FIBROSI POLMONARE
- TUMORI
- ALTRE MALATTIE O DISTURBI

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

11b Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato cardiocircolatorio?

SI NO

- INFARTO
- ANGINA
- IPERTENSIONE
- VALVULOPATIE
- ARTEROPATIE
- VARICI DEGLI ARTI INFERIORI
- ALTRE MALATTIE O DISTURBI

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

11c Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato digerente?

SI NO

- GASTRODUODENITE
- ULCERA
- GASTRODUODENALE
- COLITE ULCEROSA
- CIRROSI EPATICA
- CALCOLOSI BILIARE
- TUMORI
- ALTRE MALATTIE O DISTURBI

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

11d Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato genitourinario?

SI NO

- NEFRITE
- CALCOLOSI
- TUMORI
- ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Motivo, quali e da quando

11e Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato muscoloscheletrico?

SI NO

- ARTRITE
- ARTROSI
- TUMORI
- ALTRE MALATTIE O DISTURBI

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

11f Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sistema nervoso o della psiche?

SI NO

- EPILESSIA
- NEVROSI
- PARALISI
- TUMORI
- MALATTIA DI PARKINSON
- MALATTIA DI ALZHEIMER
- ALTRE MALATTIE O DISTURBI

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

11g Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato endocrino-metabolico?

SI NO

- DIABETE
- DISLIPIDEMIE
- MALATTIE DELLA TIROIDE

- MALATTIE SURRENALI
- ALTRE MALATTIE O DISTURBI

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

11h Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sangue?

SI NO

- ANEMIA
- LEUCEMIA

- EMOFILIA
- ALTRE MALATTIE O DISTURBI

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

12 Per assicurandi di sesso femminile:

- a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali?
- b) ha malattie della mammella?
- c) è incinta?

SI NO

SI NO

SI NO

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

(mese di gravidanza e andamento)

13 Chi è il Suo Medico di base?

Generalità

Indirizzo

N.B. da compilare solo nel caso in cui non sia lui a redigere tale Rapporto

14 Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?

SI NO

Motivo, quando, quali, trattamento e postumi

15 È mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati?

SI NO

Motivo e quando

16 Ha in previsione un ricovero ospedaliero?

SI NO

Motivo e quando

17 Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?

SI NO

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

18 Si è sottoposto ad un test anti-HIV?

SI NO

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.)?

 SI NO

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

Ho letto e approvo quanto sopra.

Luogo e data

Firma dell'Assicurando/a

PARTE II: ESAME OBIETTIVO**ASPETTO - COSTITUZIONE FISICA**

ALTEZZA: cm _____

PESO: Kg _____

IL RAPPORTO ALTEZZA/PESO È NORMALE ?

 SI NO

PRESSIONE ARTERIOSA

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

Precisazioni

perchè _____

sistolica _____ diastolica _____ frequenza cardiaca _____

Risultato

sistolica _____ diastolica _____ frequenza cardiaca _____

1**CUTE E MUCOSE VISIBILI**

È normale?

 SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

2Per le donne:
GHIANDOLE MAMMARIE

È normale?

 SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

3**MASSE MUSCOLARI**

È normale?

 SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

4**SISTEMA LINFONODALE SUPERFICIALE**

È normale?

 SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

5**STATO DELLA TIROIDE**

È normale?

 SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

6**APPARATO MUSCOLOSCHIELETICO**

È normale?

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

 SI NO

Conclusione diagnostica

7**APPARATO RESPIRATORIO**

È normale?

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

- vie aeree superiori

 SI NO

- voce

 SI NO

- ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace

 SI NO

Conclusione diagnostica

8**APPARATO CARDIOVASCOLARE**

È normale?

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

- Ispezione, palpazione, percussione

 SI NO

- auscultazione

 SI NO

- arterie (in particolare polsi periferici)

 SI NO

- vene (varici, emorroidi, ecc.)

 SI NO

Conclusione diagnostica

9**BOCCA E APPARATO DIGERENTE**

È normale?

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

- bocca

 SI NO

- addome (ispezione e palpazione)

 SI NO

- fegato

 SI NO

- milza

 SI NO

Conclusione diagnostica

10**APPARATO GENITOURINARIO**

È normale?

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

 SI NO

Conclusione diagnostica

11**SISTEMA NERVOSO E ORGANI DI SENSO:**

È normale?

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

- condizioni psichiche

 SI NO

- motilità

 SI NO

- sensibilità e riflessi

 SI NO

- udito

 SI NO

- olfatto

 SI NO

Conclusione diagnostica

12

ANALISI DELLE URINE

È normale?

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

SI NO

CONCLUSIONI DIAGNOSI

GIUDIZIO DIAGNOSTICO
SULLO STATO DI SALUTE
DELL'ASSICURANDO*

BUONO

MEDIOCRE

NON BUONO

Per l'esatta valutazione
del rischio occorrerebbero
ulteriori esami?

SI NO

Quali e motivi

Eventuali osservazioni ed informazioni complementari

COGNOME E NOME DEL MEDICO

CODICE FISCALE

INDIRIZZO DELLO STUDIO MEDICO

COMUNE

Data e ora a cui è stata eseguita la visita

___/___/___ _____

Firma e timbro del Medico
