

Relazione del medico curante circa la malattia che ha causato il decesso dell'Assicurato

Assicurato

Codice Fiscale

1. Cognome e nome dell'Assicurato defunto _____
2. Data di nascita _____ Professione _____
3. Stato civile _____ Data della morte _____
 Luogo del decesso: ☐ Domicilio ☐ Ospedale o casa di cura ☐ altro
4. Quale malattia ha causato il decesso dell'Assicurato? _____
 _____ È stata disposta autopsia: ☐ Sì ☐ No
 Tale malattia è da ritenersi complicanza di altra patologia? ☐ Sì ☐ No
 Se sì quale? _____
5. Quando ha iniziato a curarlo per detta malattia? _____
6. Quali sintomi presentava il malato? _____

7. In base ai sintomi osservati ed ai dati anamnestici, a quale data doveva, presumibilmente, riportarsi l'insorgere della malattia? _____
8. Esistevano condizioni patologiche preesistenti all'ultima malattia? Quali? A che data risalivano? _____

9. Esiste un nesso causale diretto o indiretto fra la malattia che ha provocato la morte e le precedenti condizioni patologiche del soggetto? ☐ Sì ☐ No
 Se sì quale? _____

 O queste ultime ne hanno solamente aggravato il decorso? ☐ Sì ☐ No
10. Lei ritiene che avrebbero potuto, da sole, provocare la morte? ☐ Sì ☐ No
11. La malattia che ha causato il decesso ha necessitato di precedenti ricoveri in ospedale o in clinica? ☐ Sì ☐ No
12. Se la diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici, indicarne nome, cognome, residenza, epoca in cui furono consultati. _____

13. La diagnosi clinica dell'ultima malattia è stata convalidata da accertamenti radiografici ed operatori? ☐ Sì ☐ No
 Dove? _____
 Quando? _____
14. Lei era il medico abituale dell'Assicurato? ☐ Sì ☐ No
 Diversamente, quale medico lo curava precedentemente? _____
 Quali erano i medici della famiglia? _____
15. A suo giudizio, l'Assicurato conosceva la natura della malattia che ne ha causato il decesso? ☐ Sì ☐ No
 O quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse e perché? _____
16. Ha mai curato l'Assicurato per patologie che necessitavano l'assunzione di farmaci? ☐ Sì ☐ No
 Se sì, quali e da quando? _____
17. Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere? _____

Luogo e data

Il medico curante (timbro e firma)

Domicilio