

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE PER INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE

COGNOME E NOME

NATO IL

NUMERO DI POLIZZA

Il/la titolare della polizza è assicurato/a con copertura contro il verificarsi di alcuni eventi legati alla sua salute. E' stato denunciato un sinistro in seguito a invalidità totale e permanente e, al fine di aiutarci a valutare la denuncia di sinistro Le saremmo grati se volesse compilare il seguente rapporto confidenziale.

Perché la denuncia di sinistro sia valida occorre che la malattia corrisponda alla seguente definizione:

“Invalidità Totale e Permanente – la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata e sempre che il grado di invalidità risulti pari o superiore al 67%. In ogni caso l'invalidità deve essere causata da una malattia organica o lesione fisica oggettivamente accertabile e indipendente dalla volontà dell'Assicurato.”

A. INFORMAZIONI GENERALI

- | | |
|----|---|
| 1. | E' Lei il medico curante del/della paziente? In caso affermativo, da quanto tempo?
_____ |
| 2. | Quando è stato consultato per la prima volta dal/della paziente in relazione all'infortunio/malattia e, in quella occasione, quali segni/sintomi presentava? _____
_____ |
| 3. | In che data ha visitato il/la paziente l'ultima volta?
_____ |
| 4. | Si prega di indicare la professione svolta dal/dalla paziente e la data dalla quale lo stesso risulta aver smesso di lavorare _____ |
| 5. | Attualmente il Suo paziente usufruisce di assenze dal lavoro da Lei certificate? In caso affermativo, per quanto tempo presumibilmente riterrà necessario rinnovarle? _____ |
| 6. | Per quanto Le è dato di sapere, il/la paziente fuma/fumava? In caso affermativo in che forma e quantità e da quanto tempo? _____
_____ |
| 7. | Per quanto Le è dato di sapere, il/la paziente assume o assumeva regolarmente alcolici? In caso affermativo in quale quantità? _____ |

B. DATI CLINICI

1. DIAGNOSI – si prega di voler fornire una descrizione completa del quadro clinico del/della paziente, specificando la natura e la gravità della malattia/infortunio _____

2. Si prega di indicare i sintomi accusati attualmente dal/dalla paziente _____

3. Da quanto tempo accusa questi sintomi? _____

4. Il/la paziente ha mai sofferto della stessa malattia o di una malattia correlata oppure ha mai subito lo stesso tipo di infortunio o una forma ad esso simile?

5. Si prega di voler indicare eventuali altre patologie o infermità in grado di influire sulle condizioni del/della paziente.

6. Si prega di descrivere il grado di invalidità residua:
 GUARITO
 MIGLIORATO
 STAZIONARIO (*nessun miglioramento*)
 PEGGIORATO
 ALTRO (*si prega di specificare*) _____

7. Per quanto Le è dato di sapere, esistono altre circostanze che potrebbero influire sulla capacità del Suo paziente di riprendere a svolgere la propria professione? _____

C. TRATTAMENTO

1.	Quale trattamento è stato consigliato e quali medicinali sono stati prescritti? _____ _____ _____
2.	Come ha reagito al trattamento il Suo paziente? _____ _____ _____
3.	Si prega di voler indicare i dati di eventuali altri medici, specialisti o ospedali a cui si sia rivolto il paziente per esami/analisi/visite riguardanti la propria condizione. _____ _____ _____
4.	Il Suo paziente riceve ancora cure ospedaliere? In caso affermativo, può fornire i relativi dettagli? _____ _____ _____

D. CAPACITA' FUNZIONALE

1.	Si prega di voler fornire commenti sulla: <input type="checkbox"/> CAPACITÀ DI ESEGUIRE MANSIONI MANUALI PESANTI (<i>limitazione minima della mobilità</i>) <input type="checkbox"/> CAPACITÀ DI ESEGUIRE MANSIONI MANUALI LEGGERE (<i>lieve limitazione della mobilità</i>) <input type="checkbox"/> CAPACITÀ DI ESEGUIRE MANSIONI SEDENTARIE (<i>discreta limitazione della mobilità</i>) <input type="checkbox"/> INCAPACITÀ DI ESEGUIRE MANSIONI SEDENTARIE (<i>limitazione marcata/grave della mobilità</i>)
----	---

E. PROGNOSI

1. Per quanto Le è dato di sapere, in quale modo lo stato di salute del/della paziente può influire sullo svolgimento delle mansioni che svolge nell'esercizio della propria professione? _____

2. Per quanto Le è dato di sapere, il/la paziente è stato reso invalido e impossibilitato a svolgere il proprio impiego:

A TEMPO PIENO DAL AL (*compreso*)

PART-TIME DAL AL (*compreso*)

3. Qualora il paziente fosse ancora invalido al momento attuale, si prega di fornire la data approssimativa in cui potrebbe riprendere il lavoro:

A TEMPO PIENO

PART-TIME

4. Se prevede che il suo paziente non possa riprendere a svolgere la propria professione, lo ritiene anche impossibilitato a svolgere qualsiasi altra professione (comprese quelle che comportano un lavoro sedentario)? _____

F. NOTE E/O ULTERIORI INFORMAZIONI:

DATI DEL SOTTOSCRITTO MEDICO ESAMINATORE:

Cognome e Nome _____

Specializzazione _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Data _____

Firma _____