

## RELAZIONE DELL'ULTIMO MEDICO CURANTE

Il Medico deve redigere il rapporto con scrupolosità, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possono illustrare la genesi, l'inizio o il decorso dell'ultima malattia dell'Assicurato. Si prega inoltre di non omettere dati o circostanze note al Medico sulle eventuali malattie pregresse, anche se queste non avessero avuto alcun rapporto con la malattia terminale.

Se il decesso dell'Assicurato è stato causato da suicidio, rispondere alle sole domande 1,2,3,4,14,15,16,17,18,19.

Cognome e nome del Medico, Dr. \_\_\_\_\_

Cognome e Nome dell'Assicurato \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Data morte \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Luogo del decesso \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

1	Era Lei il Medico abituale dell'Assicurato?	_____
2	Da quale epoca?	_____
3	Quale medico lo curava precedentemente?	_____
4	Quale fu la causa di morte dell'Assicurato?	_____ _____
5	Quale fu la malattia iniziale?	_____ _____
6	In base ai dati anamnestici ed ai sintomi osservati a quale data doveva presumibilmente riportarsi l'inizio della malattia?	_____ _____ _____
7	Quando cominciò a curarlo per tale malattia?	_____ _____
8	La malattia richiese accertamenti diagnostici? In caso affermativo indicare il tipo e l'epoca in cui furono effettuati.	_____ _____ _____
9	La malattia richiese ricoveri? In caso affermativo specificare il luogo e l'epoca in cui si resero necessari.	_____ _____ _____
10	Esistevano pregresse condizioni patologiche diverse da quelle relative all'ultima malattia? Quali?	_____ _____ _____
11	Da quanto tempo esse esistevano? Quali cure aveva praticato?	_____ _____ _____

12	Nell'anamnesi familiare dell'Assicurato vi sono precedenti che avrebbero potuto aumentare il rischio? In caso affermativo si prega di specificare quali.	<hr/> <hr/> <hr/>
13	Per tali malattie l'Assicurato fu, altre volte, ricoverato in clinica, in ospedale o sottoposto ambulatoriamente ad accertamenti diagnostici (esami radiografici, elettrocardiografici, biotici, ematologi, ecc.) o a trattamenti terapeutici? (indicare l'epoca, il luogo di ricovero e la malattia).	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
14	L'Assicurato, per quanto Le è dato di sapere, fumava o aveva mai fumato? In caso affermativo, La preghiamo di fornire la quantità giornaliera. Qualora avesse smesso di fumare, può precisare quando e per quale motivo?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
15	Quali altre notizie o informazioni può Lei aggiungere?	<hr/> <hr/> <hr/>
<b>Solo in caso di suicidio:</b>		
16	Esistevano nell'anamnesi dell'Assicurato precedenti condizioni psico-patologiche?	<hr/> <hr/> <hr/>
17	Se affermativo, da quanto tempo?	<hr/>
18	Può stabilirsi un nesso tra suicidio e le precedenti condizioni psico-patologiche dell'Assicurato?	<hr/> <hr/> <hr/>
19	Esistono analoghi casi nell'anamnesi familiare dell'Assicurato?	<hr/> <hr/> <hr/>
20	Quali dati patologici organici vi sono nell'anamnesi personale dell'Assicurato?	<hr/> <hr/> <hr/>
21	Quali altre notizie o informazioni può Lei aggiungere?	<hr/> <hr/> <hr/>

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Indirizzo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**N.B.:** L'onorario per la compilazione di questo modulo è a carico degli Interessati.

RISERVATO ALLA COMPAGNIA

**OSSERVAZIONI DEL MEDICO FIDUCIARIO**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

..

IL MEDICO FIDUCIARIO

\_\_\_\_\_