

Nome e Cognome dell'Assicurato/a _____

Data di nascita _____ / _____ / _____ Professione _____

Documento di riconoscimento _____ N. del documento _____

PARTE I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO

<p>1 Nella Sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie (tra quelle a lato indicate)?</p>	<p>SI NO</p>	<p>Grado di parentela (se vivente o non vivente), quali, a che età e motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(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)</p>	
<p>2 Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici (tra quelli al lato indicati)?</p>	<p>SI NO</p>	<p><input type="checkbox"/> ELETTROCARDIOGRAMMA <input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE</p> <p><input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE <input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE</p> <p><input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG <input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE</p> <p><input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE <input type="checkbox"/> ALTRI</p>	<p>Motivo, quando ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3 E' mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc. per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia ernia inguinale?</p>	<p>SI NO</p>	<p>Motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>4 Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?</p>	<p>SI NO</p>	<p>Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>5 Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?</p>	<p>SI NO</p>	<p><input type="checkbox"/> DELLA VISTA <input type="checkbox"/> DEGLI ARTI</p> <p><input type="checkbox"/> DELL'UDITO <input type="checkbox"/> ALTRI</p>	<p>Motivo, quali e da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6 Ha subito traumi o lesioni accidentali?</p>	<p>SI NO</p>	<p><input type="checkbox"/> DEL CRANIO <input type="checkbox"/> DEGLI ARTI</p> <p><input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO <input type="checkbox"/> DI ALTRE SEDI</p>	<p>Motivo, quali, quando e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7 Fa uso o ha fatto uso di: a) alcolici b) tabacco</p>	<p>SI NO SI NO</p>	<p>Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>8 Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)?</p>	<p>SI NO</p>	<p>Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

<p>9 Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> PER INFORTUNI SUL LAVORO <input type="checkbox"/> PER MALATTIE PROFESSIONALI <input type="checkbox"/> PER INFORTUNI DA ATTIVITÀ SPORTIVE <input type="checkbox"/> ALTRE</p>	<p>Da quando, grado di infermità, parte o organo leso</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>10 E' stato riformato alla visita di leva?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>11 Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> BRONCHITE <input type="checkbox"/> ENFISEMA <input type="checkbox"/> PLEURITE</p> <p><input type="checkbox"/> TUBERCOLOSI <input type="checkbox"/> FIBROSI POLMONARE <input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11_b Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato cardiocircolatorio?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> INFARTO <input type="checkbox"/> ANGINA <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE <input type="checkbox"/> VALVULOPATIE</p> <p><input type="checkbox"/> ARTEROPATIE <input type="checkbox"/> VARICI DEGLI ARTI INFERIORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11_c Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato digerente?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> GASTRODUODENITE <input type="checkbox"/> ULCERA <input type="checkbox"/> GASTRODUODENALE <input type="checkbox"/> COLITE ULCEROSA</p> <p><input type="checkbox"/> CIRROSI EPATICA <input type="checkbox"/> CALCOLOSI BILIARE <input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11_d Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato genitourinario?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> NEFRITE <input type="checkbox"/> CALCOLOSI</p> <p><input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Motivo, quali e da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11_e Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato muscoloscheletrico?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> ARTRITE <input type="checkbox"/> ARTROSI</p> <p><input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11_f Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sistema nervoso o della psiche?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> EPILESSIA <input type="checkbox"/> NEVROSI <input type="checkbox"/> PARALISI <input type="checkbox"/> TUMORI</p> <p><input type="checkbox"/> MALATTIA DI PARKINSON <input type="checkbox"/> MALATTIA DI ALZHEIMER <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>11_g Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato endocrino-metabolico?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> DIABETE <input type="checkbox"/> MALATTIE SURRENALI <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIE <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI <input type="checkbox"/> MALATTIE DELLA TIROIDE</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	--	--

<p>11_h Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sangue?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> EMOFILIA <input type="checkbox"/> LEUCEMIA <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	--	--

<p>12 Per assicurandi di sesso femminile:</p> <p>a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali?</p> <p>b) ha malattie della mammella?</p> <p>c) è incinta?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(mese di gravidanza e andamento)</p> <p>_____</p>
---	--	---

<p>13 Chi è il Suo Medico curante e/o di famiglia?</p>	<p>Generalità</p> <p>_____</p> <p>Indirizzo</p> <p>_____</p>		
---	--	--	--

<p>14 Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo, quando, quali, trattamento e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	--

<p>15 E' mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo e quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	---

<p>16 Ha in previsione un ricovero ospedaliero?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo e quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	---

<p>17 Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--	--

<p>18 Si è sottoposto ad un test anti-HIV?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Quando ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--	---

19

E' 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. Proscioglio dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre perso ne 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 ?

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.

SI NO

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"

2

Per 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

Conclusione diagnostica

È normale?

SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

7

APPARATO RESPIRATORIO

- vie aeree superiori
- voce
- ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace

Conclusione diagnostica

È normale?

SI NO

SI NO

SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

8

APPARATO CARDIOVASCOLARE

- Ispezione, palpazione, percussione
- auscultazione
- arterie (in particolare polsi periferici)
- vene (varici, emorroidi, ecc.)

Conclusione diagnostica

È normale?

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

9

BOCCA E APPARATO DIGERENTE

- bocca
- addome (ispezione e palpazione)
- fegato
- milza

Conclusione diagnostica

È normale?

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

10 **APPARATO GENITOURINARIO**

Conclusione diagnostica

È normale?

SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

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

- condizioni psichiche
- motilità
- sensibilità e riflessi
- udito
- olfatto

Conclusione diagnostica

È normale?

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "NO"

12 **ANALISI DELLE URINE**

È normale?

SI NO

indicare i motivi solo se la risposta è "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

INDIRIZZO DELLO STUDIO MEDICO _____

COMUNE _____

Data e ora i cui è stata eseguita la visita

____/____/____

Firma e timbro del Medico
