genialLife by Allianz

Questionario malattie nervose

Da compilare a cura del medico

ASSICURATO

Cognome: **Nome:**

Data di nascita: **Proposta n.:**

1. Indicare il tipo di patologia di cui soffre l'Assicurando:

a) Ansia, compresi stati di ansia generici, panico o fobie	◯ Sì	◯ No
b) Disturbi dell'alimentazione compresi anoressia nervosa o bulimia	◯ Sì	◯ No
c) Depressione compresa depressione maggiore o distimia	◯ Sì	◯ No
d) Disturbo bipolare o malattia maniaco-depressiva	◯ Sì	◯ No
e) Abuso di alcool o di altre sostanze illecite o stupefacenti	◯ Sì	◯ No
f) Stress post-traumatico	◯ Sì	◯ No
g) Schizofrenia o malattia psicotica	◯ Sì	◯ No
h) Stress, insonnia, fatica cronica	◯ Sì	◯ No
i) Altro (pregasi specificare):	◯ Sì	◯ No

2. Si prega di specificare i sintomi:

1. Sintomo:
   Data di insorgenza Data ultimo episodio
2. Sintomo:
   Data di insorgenza Data ultimo episodio
3. Sintomo:
   Data di insorgenza Data ultimo episodio

3. Sono state identificate le cause sottostanti alla patologia? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di fornire dettagli in merito:

4. Quando è stata diagnosticata la patologia o quando si sono manifestati per la prima volta i sintomi?

5. Si sono verificate ricadute? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di fornire dettagli in merito a:

1. Data di insorgenza Data ultimo episodio
2. Data di insorgenza Data ultimo episodio
3. Data di insorgenza Data ultimo episodio

6. Il paziente è attualmente in cura per la patologia di cui soffre? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare:

1. Nome del farmaco
   Dosaggio Somministrazione
2. Nome del farmaco
   Dosaggio Somministrazione
3. Nome del farmaco
   Dosaggio Somministrazione

7. Oltre al trattamento farmacologico attualmente in corso, il paziente è stato sottoposto ad altro tipo di terapia? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare:

1. Nome del farmaco o tipo di trattamento
   Dosaggio Somministrazione
   Data ultimo trattamento
2. Nome del farmaco o tipo di trattamento
   Dosaggio Somministrazione
   Data ultimo trattamento
3. Nome del farmaco o tipo di trattamento
   Dosaggio Somministrazione
   Data ultimo trattamento

8. Il paziente è stato sottoposto ad altri tipi di trattamento ad esempio terapia cognitivo comportamentale, elettroshock o psicoterapia di gruppo? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare:

1. Tipo di trattamento
   Nome della casa di cura o centro specialistico Data
2. Tipo di trattamento
   Nome della casa di cura o centro specialistico Data
3. Tipo di trattamento
   Nome della casa di cura o centro specialistico Data

9. Il paziente è mai stato ricoverato in ospedale o centri psichiatrici? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare:

1. Nome del medico, dell'ospedale o del centro specialistico
   Indirizzo Date dei ricoveri
2. Nome del medico, dell'ospedale o del centro specialistico
   Indirizzo Date dei ricoveri
3. Nome del medico, dell'ospedale o del centro specialistico
   Indirizzo Date dei ricoveri

10. Sono stati presi in considerazione altri tipi di trattamento o di terapia? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di fornire dettagli:

11. Si prega di indicare i nominativi di medici e/o specialisti che hanno visitato l'Assicurando:

1. Nome del medico, dell'ospedale o del centro specialistico
   Indirizzo — Data dell'ultima visita
2. Nome del medico, dell'ospedale o del centro specialistico
   Indirizzo — Data dell'ultima visita
3. Nome del medico, dell'ospedale o del centro specialistico
   Indirizzo — Data dell'ultima visita

12. Il paziente è mai stato assente dal lavoro per problemi collegati al suo stato di salute? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare i periodi di assenza:

13. L'attività professionale e le mansioni lavorative del paziente sono state limitate o sono state condizionate a causa delle sue condizioni di salute? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di fornire dettagli indicando data e durata:

14. Si prega di fornire eventuali altre informazioni che si ritenga possano essere utili al fine della valutazione del rischio:

Firma del medico
(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

Luogo **Data**

DICHIARAZIONE

L'Assicurato dichiara di essere consapevole che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano parte integrante del contratto.

L'Assicurato conferma che le presenti dichiarazioni sono esatte e complete e corrispondono a verità.

Nome e cognome
(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

Luogo **Data** **Firma**