
b) Nel caso vi siano stati ricoveri precisare, anno, luogo delle eventuali degenze e relativa diagnosi:

4. a) Quale è stata l'anamnesi patologica prossima? (indicare con precisione la data di insorgenza delle malattie e la loro sintomatologia)

b) Sono state eseguite indagini diagnostiche? SÌ NO

c) Indicare epoca, luogo, nominativo della struttura medica e trascrivere i referti più significativi:

d) Nel caso vi siano stati ricoveri precisare, anno, luogo delle eventuali degenze e relativa diagnosi:

e) Se si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici, specificare il tipo di intervento e le cure effettuate:

5. a) Da quando ha cominciato a curare l'Assicurato per la malattia che è stata poi la causa del decesso?

b) Quali sono stati i sintomi dai quali è stata fatta la diagnosi e in quale data essi sono stati riscontrati la prima volta? _____

6. a) L'Assicurato è mai stato ricoverato per l'evento che ha poi causato il suo decesso? SÌ NO

b) Dove ed in quale epoca? _____

7. a) L'Assicurato conosceva la natura della malattia per la quale è poi deceduto? SÌ NO

b) Da quando? _____

8. a) E' stata effettuata l'autopsia? SÌ (allegare il referto) NO

9. a) Nell'ipotesi che la causa di morte non sia ascrivibile a malattia, quali lesioni hanno provocato l'esito?
(allegare la relativa documentazione)

10. a) L'Assicurato ha mai fatto uso di alcolici? SÌ NO

b) In quale misura e da quando? _____

11. a) Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? _____

b) In quale misura e da quando? _____

12. a) L'Assicurato ha mai fumato? SÌ NO

b) In quale misura e da quando? _____

13. a) Ha mai fatto uso di farmaci o ne faceva attualmente uso su base regolare e continuativa?

(In caso di risposta affermativa, specificare: quali, motivo della prescrizione, dosaggio e data inizio/ fine del trattamento)

14. a) Per una migliore illustrazione del caso clinico può aggiungere ulteriori notizie ed informazioni? SÌ NO

b) Quali? _____

Nome e cognome del medico: _____

Indirizzo: _____

Comune: _____ Prov.: _____ C.A.P. _____

Telefono _____ email _____

DICHIARAZIONI

Attesto di aver fornito tutte le informazioni in mio possesso sulla causa che determinò il decesso dell'Assicurato, sulle sue condizioni sanitarie pregresse, nonché sulle sue abitudini di vita e di non aver omesso o alterato alcuna circostanza.

Timbro e firma del medico _____
(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

_____ **Luogo**

_____ **Data**