genialLife by Allianz

Relazione del medico curante sulla causa che determinò il decesso dell'Assicurato e sulle sue condizioni sanitarie pregresse

La preghiamo di redigere la presente relazione fornendo tutte le notizie utili ad illustrare l'inizio e il decorso di malattie gravi, o comunque significative, eventualmente sofferte dall'Assicurato, anche se le stesse non sono da porsi in relazione con la causa del decesso e di rispondere esattamente ad ogni domanda senza lasciare risposte in bianco scrivendo possibilmente in stampatello. Qualora in possesso dei referti medici citati in seguito, si prega di allegarli.
L'Assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.

Cognome e nome dell'Assicurato _____ Età: anni _____

Professione _____ Stato civile _____

Luogo in cui si è verificato il decesso _____ (Provincia di _____)

Data della morte _____

Evento che ha causato il decesso dell'Assicurato:

Diagnosi iniziale: _____

Decorso clinico: _____

Causa del decesso: _____

1. a) Lei è stato il medico abituale dell'Assicurato? ◯ Sì ◯ No

b) Da quale epoca? _____

2. a) Oltre a Lei o precedentemente a Lei, l'Assicurato è stato curato da altri medici? ◯ Sì ◯ No

b) Quali? (indicare in quale epoca, per quali malattie e possibilmente anche il loro attuale domicilio)

3. a) Quale è stata l'anamnesi patologica remota? (indicare la data di insorgenza delle malattie)

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) È 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? ◯ Sì ◯ No

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.

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

Luogo **Data**