

RAPPORTO DELL'ESAME MEDICO

Società svizzere di assicurazioni sulla vita

Nota bene

- Il **medico** è pregato di rispondere alle domande insieme alla persona da assicurare e personalmente, per quanto possibile, di inserire le risposte.
- Scrivere in **stampatello in modo ben leggibile**. Grazie.
- Se non sono soddisfatte determinate condizioni, gli assicuratori non sono autorizzati per legge a richiedere risultati da **esami genetici** effettuati prima della nascita oppure da esami volti ad accertare una predisposizione patologica (**esami presintomatici**) prima del manifestarsi dei sintomi. Se tali condizioni sono compiute, i chiarimenti si effettuano con un formulario a parte. Perciò i risultati di questi esami non devono essere indicati nel presente questionario. Gli assicuratori non sono autorizzati ad utilizzare i risultati inoltrati a titolo facoltativo. **Gli esami genetici a fini diagnostici, ovvero** volti a chiarire sintomi della malattia già riscontrati, non sono interessati dalle disposizioni legali e devono essere dichiarati.
- Le specificazioni delle persone utilizzate nel presente modulo si riferiscono sia alle persone di sesso maschile che femminile.

GLN

No di polizza / della proposta

Dati personali della persona da assicurare

Nome	Cognome	Data di nascita	Descrizione dell'attività professionale attuale
Via, no	NPA	Località	Paese

Anamnesi

N°	Domande	no	si	In caso affermativo, si prega di indicare ulteriori dettagli (vale per tutte le domande)
01	Esercita regolarmente un'attività sportiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quale? <input type="text"/> Con quale frequenza? <input type="text"/>
02	Negli ultimi 3 anni ha fatto uso di prodotti da fumo, tabacco, risp. nicotina in un'altra forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Sigarette <input type="checkbox"/> E-Sigarette <input type="checkbox"/> Sigari <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Altro (p. es. narghilè, tabacco da masticare, cerotto alla nicotina) Cosa? Quantità giornaliera? <input type="text"/> Quando per l'ultima volta? <input type="text"/>
03	Fa uso di bevande alcoliche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quali? <input type="text"/> Quantité? <input type="text"/> Frequenza? <input type="text"/>
04	È o è stato negli ultimi 10 anni in consultazione o in trattamento in relazione al suo consumo di alcol (incl. chiarimenti speciali / visite / servizio di consulenza)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quando? <input type="text"/> Da parte di chi? Nome e indirizzo <input type="text"/>
05	Fa o ha fatto uso di droghe negli ultimi 10 anni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quali? <input type="text"/> Quante volte? <input type="text"/> Durata? <input type="text"/> Quando per l'ultima volta? <input type="text"/>
06	Assume o ha mai assunto regolarmente o ripetutamente medicinali negli ultimi 5 anni o les sono stati prescritti medicinali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quali? <input type="text"/> Quante volte? <input type="text"/> Perché? <input type="text"/> Da quando a quando? <input type="text"/>
07 a.	È mai stato ricoverato in ospedale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Perché? <input type="text"/> Quando? <input type="text"/>
b.	È già stato sottoposto a endoscopia articolare o delle cavità corporee, esami con catetere o altre procedure?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Perché? <input type="text"/> Quando? <input type="text"/>
c.	Esistono attualmente delle malattie / disturbi della salute / postumi da infortuni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quali? <input type="text"/>
d.	La sua capacità lavorativa o di guadagno è in qualche modo limitata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Perché? <input type="text"/> Da quando? <input type="text"/> Grado / Dimensione? <input type="text"/>
e.	Negli ultimi 5 anni è stato interamente o parzialmente incapace al lavoro, senza interruzione per più di 4 settimane?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Perché? <input type="text"/> Da quando a quando? <input type="text"/>
f.	Ha già presentato nel passato una domanda presso un'assicurazione al fine di ottenere delle misure mediche, scolastiche, professionali o di altro genere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Da quale assicurazione? <input type="text"/> Quando? <input type="text"/> Perché? <input type="text"/>
08	Nella sua famiglia (genitori, fratelli e sorelle, nonni) si sono mai riscontrate malattie del sistema nervoso, malattie cardiache, colpi apoplettici, diabete, cancro o malattie ereditarie prima dei 55 anni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quali malattie? <input type="text"/> Riscontrate presso quante persone? <input type="text"/>

Data e firma della persona da assicurare

Data	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>

No	Domande	no	sì	In caso affermativo, si prega di indicare ulteriori dettagli (vale per tutte le domande)		
09	Esistono o ha avuto delle malattie, disturbi o affezioni negli ultimi 10 anni	Quali?	Quando? Per quanto? Guarito?	Medici / altri terapeuti con indirizzi:		
a.	dell' apparato respiratorio come asma, bronchite cronica o ricorrente, polmonite, tubercolosi polmonare o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
b.	del cuore o dei vasi sanguigni , quali ipertensione, disturbi circolatori, infarto miocardico, insufficienza cardiaca, astenia miocardica, palpitazioni, apoplessia cerebrale, flebite, varici o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
c.	dell' apparato digerente , quali ernia diaframmatica, ulcera o infiammazioni o emorragie gastriche o intestinali, emorroidi, itterizia, malattie del fegato, della cistifellea, del pancreas o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
d.	degli organi urinari o genitali , quali malattie dei reni, dell'uretere, della vescica, della prostata o dei testicoli, disturbi dell'utero o delle ovaie, malattie al seno, calcoli, presenza di sangue o albumina nelle urine o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
e.	del sistema nervoso , quali epilessia, vertigini, mal di testa, paralisi, nevrite o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
f.	della psiche , come depressioni, disturbi di ansia, di resistenza allo stress, del comportamento alimentare, problemi psicosomatici, burnout o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
g.	dell' apparato locomotore (ossa, articolazioni, colonna vertebrale, dischi intervertebrali, muscoli, legamenti, tendini) come dolori alla schiena, cervicali e alle spalle, artrosi, reumatismi o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
h.	degli occhi , quali acuità visiva inferiore alla norma, debolezza visiva, cataratta o glaucoma, retinopatia o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diottrie: sinistra _____ /destra _____		
i.	dell' udito , quali sordità, infiammazioni, acufene o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
j.	del metabolismo o del sangue , quali diabete, livello colesterolo aumentato, gotta, disturbi ormonali (tiroide, ghiandola surrenale), anemia, alterazione della coagulazione o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
k.	del sistema immunitario o malattie infettive , come infezioni da HIV, malattie trasmissibili sessualmente, epatite, borreliosi, malattie tropicali o altro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
l.	a causa di malattie della pelle o allergie agli alimenti, al polline, ai peli di animali o ad altre sostanze?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
m.	a causa di malattie tumorali (benigne o maligne)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
n.	a causa di malformazioni o difetti congeniti ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
o.	a causa del consumo o della dipendenza da farmaci, alcool, droghe o altre sostanze che creano dipendenza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
p.	altre malattie, disturbi o affezioni non menzionati nel presente elenco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
10	Ha mai commesso un tentativo di suicidio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
11	Sono previste visite o trattamenti medici o è stata raccomandata una degenza ospedaliera o un'operazione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Perché? _____		
12	Negli ultimi 5 anni ha consultato medici, chiropratici, osteopati, fisioterapisti, psicoterapeuti o altri esperti attivi nel settore sanitario non ancora menzionati?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nomi e indirizzi esatti _____ Perché? _____ Quando? _____ Guarito? _____		
13	Quale medico ha consultato per ultimo?	⇒		Nomi e indirizzi esatti _____ Perché? _____ Quando? _____ Risultato? _____		
14	Quale medico è informato al meglio sul suo stato di salute?	⇒		Nome e indirizzo esatto _____		

Dichiaro di aver risposto alle domande da 1 a 14 in modo veritiero e completo. La validità del contratto dipende dall'esattezza e completezza dei dati forniti. Autorizzo i medici, le istituzioni mediche e gli istituti d'assicurazione interrogati dalla società a fornire tutte le informazioni necessarie all'esame della proposta.

Luogo _____ Data _____ Firma della persona da assicurare _____

Dichiaro di aver passato in rassegna le singole domande con la persona da assicurare.

Luogo _____ Data _____ Firma del medico _____

Valutazione medica dell'anamnesi:

Visita medica incluso controllo dell'urina

Si prega di spiegare i risultati patologici o anormali. Grazie.

No Domande	no	si	In caso affermativo, si prega di indicare ulteriori dettagli (vale per tutte le domande)	
15 a. Data della visita medica:		⇒	<input style="width: 80px;" type="text"/>	
b. Conosce personalmente la persona da assicurare?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Conosciuta personalmente dal: <input style="width: 80px;" type="text"/>	
			Identità verificata in base a:	
			<input type="radio"/> Passaporto <input type="radio"/> Carta d'identità <input type="radio"/> Licenza per condurre <input type="radio"/> Libretto per stranieri	
c. Ha già visitato o curato personalmente la persona da assicurare?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quando?	<input style="width: 400px;" type="text"/>
			Per quale motivo?	<input style="width: 400px;" type="text"/>
			Risultato?	<input style="width: 400px;" type="text"/>
16 Altezza (senza scarpe) / Peso (senza vestiti)		⇒	<input style="width: 80px;" type="text"/> cm	<input style="width: 80px;" type="text"/> kg
17 Cute Il paziente è affetto da una malattia cutanea o vi è presenza di cicatrici?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
18 Apparato respiratorio				
a. Percussione e auscultazione danno risultati anomali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Causa?	<input style="width: 400px;" type="text"/>
b. Esistono dei sintomi che potrebbero indicare un'affezione dell'apparato respiratorio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
19 Cuore e circolazione				
a. Ha rilevato un soffio cardiaco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se si:	<input type="radio"/> sistolico <input type="radio"/> diastolico
Punto massimo e propagazione?		⇒	<input style="width: 400px;" type="text"/>	
Il soffio è patologico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
b. Sono percettibili soffi carotidei?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
c. Frequenza del polso, pressione arteriosa		⇒	Numero delle pulsazioni al minuto	<input style="width: 80px;" type="text"/>
				sistolico
			Pressione arteriosa in mm Hg	<input style="width: 80px;" type="text"/> / <input style="width: 80px;" type="text"/>
				diastolico
			Pressione arteriosa, 2a misurazione	<input style="width: 80px;" type="text"/> / <input style="width: 80px;" type="text"/>
				diastolico
d. Ritmo del polso		⇒	<input type="radio"/> regolare	<input type="radio"/> irregolare
e. Sono percettibili dei soffi vascolari?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dove?	<input style="width: 400px;" type="text"/>
f. Assenza di pulsazioni ai piedi o pulsazioni deboli?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
g. Sono riscontrabili sintomi d'insufficienza o di scompenso (dispnea, cianosi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
h. Vi è presenza di vene varicose o sintomi di insufficienza venosa cronica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Data e firma del medico

Data

Firma

No	Domande	no	sì	In caso affermativo, si prega di indicare ulteriori dettagli (vale per tutte le domande)
20	Apparato digerente e addome			
a.	Denti, lingua, tonsille, mucosa orale o faringe presentano anomalie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b.	L'esame clinico, la palpazione, la percussione e l'auscultazione dell'addome permettono di riscontrare anomalie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c.	Presenza di ernia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
21	Organi genito-urinari			
a.	Per le persone di sesso maschile : Esiste un indizio di affezione degli organi genito-urinari?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b.	Per le persone di sesso femminile : Esiste un indizio di affezione degli organi genito-urinari, di alterazione patologica del seno oppure la paziente è incinta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22	Sistema nervoso / organi dei sensi			
a.	Vi sono indizi di un'affezione degli organi di senso, in particolare un abbassamento dell'acuità visiva o uditiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b.	Vi sono sintomi che indicano una patologia neurologica o dei deficit p. es. motorica, riflessi, sensibilità, equilibrio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
23	Psiche Sono riscontrabili anomalie psichiche (p. es. stato d'animo inappropriato o anomalie comportamentali) oppure vi sono indizi che fanno presagire ad attuali situazioni di stress o conflittuali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24	Scheletro / apparato locomotore Vi sono indizi di un'affezione o una deformazione della colonna vertebrale o di altre parti dell'apparato locomotore?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
25	Altro			
a.	È riscontrabile un ingrossamento delle ghiandole linfatiche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dove? <input type="text"/>
b.	Vi sono sintomi di disturbi endocrinologici?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c.	Vi è un sospetto di disturbi alimentari, abuso di alcol o consumo di droghe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d.	Sono stati riscontrati altri referti che potrebbero determinare un aumento del rischio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
26	Esame delle urine (test strisce reattive per urine):			
	Le urine contengono proteine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Le urine contengono zucchero?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Le urine contengono eritrociti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Le urine contengono leucociti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Le urine contengono altre sostanze?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Se il test delle strisce reattive per urine presenta delle anomalie, preparare un sedimento urinario e fornire informazioni quantitative.			
		⇒	Ec <input type="text"/>	Lc <input type="text"/>
			Varie <input type="text"/>	<input type="text"/>

Dichiaro di aver esaminato ed interrogato la persona da assicurare e di aver risposto alle domande da 15 a 26 secondo scienza e coscienza.

Luogo

Data

Firma del medico

Osservazioni:

(altre osservazioni, p. es. fattori di rischio, esami e / o terapie proposte)

[Large grey rectangular area for observations]

Si prega di allegare le copie degli esiti d'esame disponibili. Grazie.

Medico
Indirizzo

[Grey rectangular area for doctor address]

Telefono Fax
GLN RCC
eMail

Firma _____
non necessario se presentato elettronicamente

Data

**Invio
elettronico**

[Empty rectangular box for electronic submission]