



Allegato B2 Relazione del Medico curante



Gentile Signore/a,

per potere procedere a una rapida e corretta valutazione della sua richiesta, le mettiamo a disposizione un esempio di "Relazione del Medico Curante" che potrà consegnare al medico che ha avuto in cura l'Assicurato.

Tale modulo vuole essere un concreto supporto per facilitare la raccolta delle informazioni da inviare alla Compagnia, fermo restando che le stesse potranno essere fornite anche in un formato differente.

LA INVITIAMO A RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE NEL MODO PIÙ CHIARO E COMPLETO POSSIBILE

Assicurato	Nome Cognome	<input type="text"/>		
	Luogo e Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Professione	<input type="text"/>		
	Numero tessera Sanitaria	<input type="text"/>	Codice Assistito	<input type="text"/>

Estremi dell'invalidità	Data	<input type="text"/>	Ora	<input type="text"/>
	Comune e Provincia	<input type="text"/>		

Medico curante	Nome Cognome	<input type="text"/>		
	Via	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>
	Comune e Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
	Telefono	<input type="text"/>		



! LA INVITIAMO A RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE
NEL MODO PIÙ CHIARO E COMPLETO POSSIBILE

A cura del
Medico curante

Allegato B2 Relazione del Medico curante

Cognome/Nome e data di nascita del paziente:

Da quanto tempo aveva in carico il paziente?

Le sono state fornite le informazioni
anamnestiche risalenti all'epoca antecedente
alla Sua prima presa in carico?

Ha acquisito le suddette informazioni anamnestiche
direttamente dal precedente medico curante?

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

- 1 Quale malattia/infortunio ha causato l'Invalidità dell'Assicurato?
- 2 In caso di infortunio specificare l'evento che ha determinato l'infortunio
- 3 In caso di infortunio specificare le lesioni riportate

La invitiamo a rispondere alle seguenti domande per la malattia/infortunio sopra indicati, nonché nel caso in cui l'Invalidità sia causata da più malattie concorrenti alla malattia/infortunio sopra indicati anche per tutte le singole patologie concorrenti.

- 4 Quando sono comparsi i primi sintomi della suddetta malattia?
- 5 Quando ha avuto inizio l'iter diagnostico e con quali indagini?
- 6 Quando fu posta per la prima volta la diagnosi della suddetta malattia?
- 7 Si sono rese necessarie cure ospedaliere?
- 8 In caso affermativo, specificare quando e dove
- 9 L'invalidità è stata accertata da un Ente Pubblico? In che data e con quale esito?
- 10 La richiesta di Invalidità presso Ente Pubblico è stata compilata da Lei o da altro medico?
- 11 Nel caso di Invalidità/Inabilità Temporanea, da quale data il paziente non è più stato in grado di attendere alla sua abituale attività lavorativa?
- 12 Da quale data è stato in grado di riprendere la sua abituale attività lavorativa, anche solo in forma parziale?
- 13 Sussistevano in anamnesi quadri patologici preesistenti ricollegabili alla malattia/infortunio di cui sopra?

>>>

! LA INVITIAMO A RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE
! NEL MODO PIÙ CHIARO E COMPLETO POSSIBILE



Allegato B2 Relazione del Medico curante

¹⁴ In caso di risposta affermativa alla domanda 13, precisare

quadro patologico	epoca di diagnosi	terapie praticate epoca di inizio	epoca di eventuali ricoveri
-------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

La preghiamo di indicare di seguito tutte le patologie sofferte in passato dal Suo Assistito, anche se non correlate alla causa del decesso, precisandone i seguenti dettagli:

quadro patologico

.....

epoca di diagnosi

.....

terapie praticate epoca di inizio

.....

epoca di eventuali ricoveri

.....

Se per i suddetti quadri patologici si sono resi necessari ricoveri ospedalieri, anche in regime ambulatoriale o diurno continuativo, La preghiamo di indicare i seguenti dettagli:

quadro patologico

.....

struttura di ricovero

.....

epoca/inizio e termine del ricovero

Data

▶ **IL MEDICO CURANTE (Nome Cognome, Timbro e Firma)**