

RELAZIONE DEL MEDICO

Da compilare solamente in caso di prodotto multiramo o con garanzie complementari

POLIZZA N. _____

Dott. _____,
sulla malattia che fu causa della morte dell'assicurato da restituire in **originale** a Genertel S.p.A.

Si prega di scrivere MOLTO CHIARO, rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande.

Sezione 1 - Dati relativi all'assicurato defunto

Cognome e Nome dell'assicurato defunto _____ Età: anni _____

Professione _____ Stato civile _____

Luogo del decesso _____

Data della morte: giorno _____ mese _____ anno _____ ora _____

Malattia che condusse a morte l'assicurato:

Diagnosi della malattia iniziale: _____

Successioni morbose: _____

Accidente terminale: _____

Sezione 2 - Informazioni relative al medico

Era il medico abituale dell'Assicurato? _____ Da quale epoca? (specificare giorno mese ed anno) _____

Precedentemente a Lei quali medici lo curavano?

Se tuttora in vita, quale la loro residenza e/o l'indirizzo dello studio medico?

È a conoscenza in quali epoche e per quali malattie gli stessi abbiano visitato l'assicurato?

Quando ha cominciato a curare l'assicurato nell'ultima malattia? _____

X _____
Timbro originale e firma leggibile
del medico che ha redatto la relazione

Sezione 3 - Breve storia clinica della malattia

Anamnesi personale remota:

L'assicurato fumava? _____ Ha mai fumato? _____ Se sì, indicare quantità giornaliera e periodo:

Quantità _____ dal _____ al _____

L'Assicurato faceva uso abituale di alcolici o superalcolici? _____ Se sì, indicare quantità giornaliera e periodo:

Quantità _____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa? _____ Se sì, indicare il tipo di farmaco e il periodo: _____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per altre malattie? _____ Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il tipo di farmaco e il periodo: _____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

Anamnesi personale recente (importantissimo precisare la data d'inizio della malattia):

X _____
 Timbro originale e firma leggibile
 del medico che ha redatto la relazione

Sintomatologia all'inizio della malattia:

Decorso della malattia:

Ricerche ed esami speciali eseguiti durante il decorso (indicare le date, il nominativo del Gabinetto di ricerche ed i risultati ottenuti):

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'Ospedale o della Clinica privata):

X _____
 Timbro originale e firma leggibile
 del medico che ha redatto la relazione

La diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici?

Quali furono? (cognome, nome, residenza e/o indirizzo dello studio medico ed epoca in cui furono consultati):

.....

La diagnosi clinica dell'ultima malattia è stata convalidata da quella anatomica?

Il genere di occupazione e di vita dell'assicurato (affaticamento, intemperanza, intossicazioni, ecc.) può avere influito sulla causa e sull'esito della malattia?

.....

Conosceva l'assicurato la natura della malattia per la quale venne a soccombere? da quando?
 o quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse?

Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere a migliorare l'illustrazione del caso clinico?

.....

Data e luogo

X

Timbro originale e firma leggibile
 del medico che ha redatto la relazione

Domicilio