



TORO

MARCHIO DI ALLEANZA TORO S.p.A.

VIVIFUTURO

QUESTIONARIO ASSUNTIVO PER LONG TERM CARE

Agenzia n.

NUMERO CARTELLINA VIVIFUTURO ASSICURATO (TITOLO - COGNOME E NOME) SESSO DATA DI NASCITA

DOMANDE DELLA SOCIETÀ	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. È il medico curante dell'assicurato? b. Da quando?	1. a. b.
2. a. A quando risale l'ultima visita all'assicurato? b. Quale ne era la causa?	2. a. b.
3. È parente dell'assicurato? Se sì, di quale grado?	3.
4. a. L'assicurato ha sofferto in passato di malattie o disturbi clinicamente rilevanti? b. Quale ne fu la durata e la terapia praticata? c. Sono residuati postumi?	4. a. b. c.
5. a. L'assicurato è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	5. a. b.
6. a. È a Sua conoscenza che l'assicurato abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	6. a. b.
7. a. Ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni clinicamente rilevanti?	7. a. b. c.
8. Sono residuati sintomi o deficit funzionali o è possibile che si manifestino in futuro?	8.
9. L'assicurato sta seguendo una terapia che comporta assunzione di farmaci? Se sì, che tipo di farmaci?	9.
10. È a Sua conoscenza che l'assicurato sia stato affetto da sifilide?	10.
11. È a Sua conoscenza che l'assicurato abbia fatto o faccia abuso di alcolici?	11.

<p>12. È a Sua conoscenza che l'assicurando abbia mai fatto o faccia abitualmente uso di sostanze stupefacenti?</p>	<p>12.</p>
<p>13. È a conoscenza di fattori di rischio per le infezioni da HIV o per malattie a trasmissione sessuale?</p>	<p>13.</p>
<p>14. L'assicurando soffre attualmente di:</p> <p>a. Cardiopatia ischemica? Specificare</p> <p> a.1. Quale terapia sta seguendo?</p> <p>b. Altre cardiopatie? Specificare</p> <p>c. Ipertensione arteriosa?</p> <p> c.1. Esistono danni d'organo (cuore, retina, encefalo, rene, vascolari periferici)?</p> <p> c.2. Quale terapia sta seguendo?</p> <p>d. Diabete mellito?</p> <p> d.1. Di quale tipo?</p> <p> d.2. Esistono complicanze d'organo? Quali?</p> <p> d.3. Quale terapia sta seguendo?</p> <p>e. Malattie dell'apparato digerente?</p> <p>f. Malattie epatiche?</p> <p>g. Malattie neurologiche?</p> <p> g.1. Morbo di Parkinson, Morbo di Alzheimer?</p> <p> g.2. Epilessia?</p> <p> g.3. Malattie cerebrovascolari?</p> <p> g.4. Altro?</p> <p>h. Malattie psichiatriche?</p> <p> h.1. Sindrome depressiva?</p> <p> h.2. Altro?</p> <p>i. Malattie dell'apparato urogenitale?</p> <p>j. Malattie neoplastiche? Specificare</p> <p>k. Altre patologie? Specificare</p>	<p>14.</p> <p>a.</p> <p> a.1.</p> <p>b.</p> <p>c.</p> <p> c.1.</p> <p> c.2.</p> <p>d.</p> <p> d.1.</p> <p> d.2.</p> <p> d.3.</p> <p>e.</p> <p>f.</p> <p>g.</p> <p>d.</p> <p> g.1.</p> <p> g.2.</p> <p> g.3.</p> <p> g.4.</p> <p>h.</p> <p> h.1.</p> <p> h.2.</p> <p>i.</p> <p>j.</p> <p>k.</p>
<p>15. a. Si sono verificati nella famiglia dell'assicurando casi di malattia polmonare, cardiaca, emofilia, alienazione mentale, cancro, polisarcia, diatesi urica, diabete mellito o di qualche altra malattia ereditaria?</p> <p>b. È morto qualche membro della famiglia di una di queste malattie? Quale? In che età? Quando?</p>	<p>15. a.</p> <p>b.</p>
<p>16. Quale influenza nociva potrebbe avere sull'assicurando:</p> <p>a. la sua professione?</p> <p>b. il suo metodo di vita?</p>	<p>16.</p> <p>a.</p> <p>b.</p>
<p>17. a. Fu già interpellato da altri Istituti di assicurazione sullo stato di salute o incaricato dell'esame medico di questo assicurando?</p> <p>b. Da quali Istituti? In quali epoche?</p>	<p>17. a.</p> <p>b.</p>
<p>18. L'assicurando mostra qualche impedimento nell'eseguire le seguenti comuni attività della vita quotidiana:</p> <p>a. lavarsi?</p> <p>b. camminare?</p> <p>c. vestirsi?</p> <p>d. mangiare?</p> <p>e. passare dal letto alla poltrona?</p> <p>f. continenza sfinterica?</p>	<p>18.</p> <p>a.</p> <p>b.</p> <p>c.</p> <p>d.</p> <p>e.</p> <p>f.</p>

<p>19. L'assicurato è in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. fare la spesa? b. guidare l'automobile? c. prepararsi da mangiare? d. fare pulizia? e. maneggiare denaro? f. praticare i suoi hobbies? g. svolgere attività sportiva? h. seguire correttamente una terapia medica? i. telefonare? 	<p>19.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. b. c. d. e. f. g. h. i.
<p>20. Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, ricordi)?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Esito Test Memoria Recente b. Esito Test Stato Mentale 	<p>20.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>(Obbligatorio per età superiori a 60 anni)</i> b. <i>(Obbligatorio per età superiori a 60 anni)</i>
<p>21. Segnalare qualsiasi altra informazione rilevante.</p>	<p>21.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

N.B. - Si prega di scrivere molto chiaro, rispondendo a tutte le domande.

LUOGO

DATA

IL MEDICO