

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

 Agenzia n.

RAPPORTO DI VISITA MEDICA AFFIDATA AL DOTT. _____

RESIDENTE IN _____ PROVINCIA DI _____

 ASSICURANDO _____
(Cognome e Nome)

NATO A _____ IL _____

DOMICILIATO A _____ PROFESSIONE / MESTIERE _____

A - Dichiarazioni anamnestiche dell'Assicurando, raccolte dal medico Esaminatore.

SI PREGA DI DARE RISPOSTA CHIARA ED ESAURIENTE A TUTTE LE DOMANDE DEL QUESTIONARIO. NON SARANNO RITENUTI VALIDI I REFERTI CHE RISULTINO INCOMPLETI O IMPRECISI NÉ LE VISITE MEDICHE ESEGUITE DA MEDICO LEGATO ALL'ASSICURANDO DA VINCOLI DI PARENTELA.

Antecedenti familiari

Si prega di compilare la seguente tabella evidenziando in modo particolare se si sono verificati nella famiglia dell'Assicurando (parenti di primo grado): tumori maligni, malattie cardiache, ictus, ipertensione, gotta, dislipidemie, diabete, tubercolosi, alcolismo, suicidio, epilessia od altre malattie nervose, mentali o malattie ereditarie.

Patologie	VIVENTI				DEFUNTI				
	Età se vivente	Sesso	Grado di Parentela ^(*)	Attuali malattie e patologie rilevanti in passato	Età alla morte	In quale anno	Grado di Parentela ^(*)	Patologie rilevanti in vita	Cause del decesso
Diabete mellito									
Infarto miocardico									
Ictus cerebrale									
Tumori									
Tumori della mammella (per donne)									
Tumori del colon									
Altre Patologie									

^(*) P = Padre - M = Madre - F = Fratello - S = Sorella - Fi = Figlio/a

 1. Per quanto a sua conoscenza, è attualmente in buona salute? SI NO 1. _____

 2. Ha attualmente problemi di salute? Quali? NO SI 2. _____

Precedenti patologici.

Soffre o ha mai sofferto in passato delle seguenti malattie o disturbi? (dare dettagli specificandone il tipo, l'epoca, la durata, il trattamento, l'esito e le eventuali recidive).

 3. **Malattie dell'apparato respiratorio**, quali tubercolosi, pleurite, bronchite, polmonite, asma, enfisema o altre? NO SI 3. _____

 4. **Malattie dell'apparato cardiocircolatorio**, quali malformazioni congenite, cardiopatia ischemica (in particolare infarto), valvulopatie (o soffi), aritmie, malattie del miocardio o pericardio, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, arteriopatie o flebopatie, o altre? NO SI 4. _____

 5. **Malattie dell'apparato digerente**, quali malattie dell'esofago, ulcere gastriche o duodenali, gastroduodeniti, emorragie gastrointestinali, coliti ulcerose, polipi, emorroidi, malattie infiammatorie croniche dell'intestino, affezioni del fegato, delle vie biliari, del pancreas, o altre? NO SI 5. _____

 6. **Malattie dell'apparato genito-urinario**, quali malattie dei reni, dell'uretere e della vescica o altre? NO SI 6. _____

7. Malattie del sistema nervoso o psichiche , quali epilessia, paralisi, disturbi mentali, depressione, tentativi di suicidio, alcolismo, stato d'ansia, emicrania, sclerosi a placche, meningite, aneurisma, incidenti vascolari cerebrali o altre?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	7.
8. Malattie del sistema endocrinometabolico , quali malattie della tiroide, diabete, obesità, dislipidemie, alterazioni del surrene, disturbi ormonali o altre?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	8.
9. Malattie del sangue , quali anemia, disturbi della coagulazione, del midollo osseo o altre?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	9.
10. Malattie del sistema immunitario, infettive o parassitarie , quali AIDS, infezione HIV, epatiti, malattie del connettivo, malattie a trasmissione sessuale, malattie tropicali, amebiasi, malaria o altre? È stato recentemente in paesi tropicali? Dove?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	10.
11. Malattie dell'apparato osteoarticolare quali malattie delle ossa, articolazioni, colonna vertebrale, menischi, muscoli, legamenti, tendini o altre?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	11.
12. Malattie degli occhi quali glaucoma, malattie della retina, cataratta o altre?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	12.
13. Disturbi dell' orecchio , quali ipoacusia, infiammazioni, disturbi dell'equilibrio o altri?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	13.
14. Malattie del naso, della gola e della bocca?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	14.
15. Malattie della pelle , quali eczema, allergie, dermatiti, psoriasi, tumefazioni, tumori della pelle o altre?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	15.
16. Infezioni di causa ignota , infiammazione o ingrossamento dei linfonodi?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	16.
17. Tumori maligni o benigni?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	17.
18. E' stato sottoposto a radio o chemioterapia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	18.
19. Febbre, febbricola, diarrea, sudorazione?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	19.
20. Ernie?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	20.
21. Infortuni e postumi di essi? Quando? Eventuali sequele.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	21.
22. È sottoposto attualmente a terapia farmacologica? Quale? In quale quantità? Da quanto tempo? Ha mai assunto farmaci in precedenza? Di che tipo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	22.
23. È mai stato sottoposto a visite specialistiche, esami di laboratorio, radiologici, ecografie, elettrocardiogramma che abbiano rilevato situazioni di anormalità? Se sì, dia dettagli.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	23.
24. È stato mai sottoposto a endoscopie, angiografie, elettro-encefalogramma o altre indagini non indicate sopra? Se sì, in quale data? Per quale motivo? Con quale risultato?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	24.
25. Riceve o ha ricevuto in passato una qualche forma di risarcimento per invalidità o ha fatto domanda per ottenerla? Indicare la causa e il grado di invalidità.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	25.
26. Ha acquisito o perso peso negli ultimi due anni? Se sì, indichi di quanto e la probabile causa.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	26.
27. È stato mai sottoposto a emotrasfusioni o terapia a base di emoderivati? Quando? Per quali motivi? Le è mai stato impedito di donare sangue? Se sì, perché? E' mai stato sottoposto a terapia radiante? Quando? Per quali motivi?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	27.
28. Si è mai sottoposto ad un test che ha rivelato positività per infezione da HIV?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	28.
29. E' mai stato ricoverato in un ospedale, clinica, sanatorio etc.? Ha subito interventi chirurgici o procedure invasive? Se sì, dia dettagli.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	29.
30. Prevede un prossimo ricovero ospedaliero o di dover subire un intervento chirurgico? Se sì, per quale disturbo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	30.
31. Negli ultimi cinque anni ha interrotto la propria attività per più di tre settimane consecutive a causa di malattia o infortunio? Quando, perché, per quanto tempo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	31.
32. Quale è il suo medico abituale? (indicare nome e indirizzo)		32.
33. Ha consultato altri medici o terapeuti negli ultimi cinque anni? Per quali motivi? Quando?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	33.

Domande specifiche per gli uomini

34. Venne dichiarato abile incondizionatamente alla visita di leva? Se no, specificare il motivo. SI NO 34.
35. Gode o ha goduto di pensione militare per infermità? Di quale categoria? NO SI 35.
36. Ha mai avuto problemi o infiammazioni/disfunzioni alla prostata o ai testicoli? Effettua regolarmente i controlli della prostata (visita specialistica, PSA, etc.) ? Con quale esito? NO SI 36.

Domande specifiche per le donne

37. Ha alterazioni del ciclo mestruale e/o disturbi? Quali? SI NO 37.
38. Ha avuto emorragie all'infuori dei periodi mestruali? NO SI 38.
39. Ha malattie del seno, ovaie, utero, genitali esterni? NO SI 39.
40. Assume anticoncezionali? Quali? NO SI 40.
41. E' in menopausa? Da quando? Fisiologica? NO SI 41.
42. Effettua regolarmente esami di controllo quali pap-test, mammografie o altro? Con quale esito? SI NO 42.

Abitudini di vita

43. Qual è la sua professione attuale? (anche eventuali attività part-time) 43.
44. Quale professione o mestiere esercitò nel passato? 44.
45. Dovette cambiare professione o mestiere per ragioni di salute? NO SI 45.
46. Pratica sport? Quali? A che livello (amatoriale, professionistico)? NO SI 46. Amatoriale Professionistico
47. Beve abitualmente alcolici? Quante unità giornaliere? (1 unità = 1/2 litro di birra, 1 bicchiere standard di vino, 1 bicchierino di superalcolico) NO SI 47. Birra: Vino: Superalcolico:
48. Se non beve ora, ha bevuto abitualmente in passato? In quale misura? Per quanto tempo? NO SI 48. Birra: Vino: Superalcolico:
49. Fuma? Se sì, indichi la quantità giornaliera. NO SI 49. Sigarette: Sigari: Pipa:
Ha fumato in passato? Se sì, indichi la quantità giornaliera. NO SI Sigarette: Sigari: Pipa:
Per quanto tempo? Per quale motivo ha smesso?
Ha smesso da più di 12 mesi? Se sì, precisi da quando.
Ha smesso di fumare da almeno 36 mesi?
50. Usa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? Quali? Per quanto tempo? NO SI 50.

Precedenti assicurativi

52. Ha subito visite mediche a scopo di assicurazione vita? NO SI 52.
53. Fu accettato secondo la sua richiesta? SI NO 53.
54. Fu accettato a condizioni diverse? NO SI 54.
Fu rifiutato o rinviato? Quando? NO SI
55. Indichi qualsiasi disturbo o malattia, deformità o problema che non sia stato espressamente menzionato sopra 55.

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURANDO

Dichiaro di aver letto le risposte soprascritte e di trovarle del tutto conformi a quelle da me date.

Dichiaro inoltre ad ogni effetto che le suaccennate informazioni e risposte sono veritiere, esatte e complete e che non ho taciuto, omessa od alterata, alcuna circostanza o informazione significativa riguardante il mio stato di salute passato e presente e le mie abitudini di vita. Riconosco che i dati e le notizie richiestimi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società assicuratrice.

Proscioglio dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere, sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e gli Istituti in genere, pubblici e privati che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsento inoltre che la Società assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altre persone o Enti a fini assicurativi o riassicurativi.

Timbro e Firma del Medico _____

Firma dell'Assicurando (Alla presenza del medico) _____

Data _____

Dichiarazione del medico

56. Il medico è legato all'Assicurando da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia, di interesse? NO SI 56.
57. È medico di famiglia, oppure conosce personalmente da tempo l'Assicurando? NO SI 57.
Lo ha visitato o curato in passato? Quando? Perché? NO SI
58. Se non lo conosce personalmente indichi gli estremi del documento attraverso il quale viene accertata l'identità. 58.

B - Visita effettuata dal medico esaminatore**SI PREGA DI DARE RISPOSTA CHIARA ED ESAURIENTE A TUTTE LE DOMANDE DEL QUESTIONARIO.****NON SARANNO RITENUTI VALIDI I REFERTI CHE RISULTINO INCOMPLETI O IMPRECISI NÉ LE VISITE MEDICHE ESEGUITE DA MEDICO LEGATO ALL'ASSICURANDO DA VINCOLI DI PARENTELA.****Stato presente dell'Assicurando**

Condizioni generali		
59. Portamento ed aspetto generale		59. <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Altro
60. Esistono anomalie congenite o della crescita?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	60.
61. Il colorito della pelle e delle mucose visibili è normale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	61.
62. Vi sono affezioni cutanee? Quali?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	62.
63. Vi sono cicatrici? In quali regioni? Da quali lesioni?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	63.
64. Sono presenti nevi sospetti?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	64.
65. Indice di Massa Corporea (peso corporeo in kg diviso il quadrato dell'altezza espressa in metri)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	65.
66. Il sistema linfonodale superficiale è nella norma?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	66.

Apparato osteoarticolare		
67. Le masse muscolari sono normali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	67.
68. Vi sono alterazioni delle ossa e delle articolazioni, con speciale riguardo a deformità toraciche, vertebrali, alle estremità superiori ed inferiori ecc.? Se sì, indicare le cause.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	68.
69. L'assicurando riesce a fare una completa flessione spinale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	69.
70. C'è dolore nel movimento spinale?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	70.
71. Vi sono segni o sintomatologia indicatori di miopatia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	71.

Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato osteoarticolare.

Statura (senza scarpe)	Peso (senza abiti)	Circonferenza toracica sotto le ascelle		Circonferenza del collo a livello della cartilagine tiroide	Circonferenza addominale sopra l'ombelico
Verificata cm	Verificato kg	Max. inspirazione cm	Max. espirazione cm	cm	cm

N.B. - Si invita il medico a prendere sempre con esattezza le misure somatiche e a controllare personalmente il peso.

Faccia e collo		
72. La conformazione è normale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	72.
73. La ghiandola tiroide è normale? (se vi fosse ipertrofia, indicare la consistenza, se è di vecchia data o stazionaria o progressiva)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	73.
74. Eventuale presenza di linfonodi palpabili	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	74.

Apparato respiratorio		
75. La cavità orale e la faringe sono normali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	75.
76. Respira bene a bocca chiusa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	76.
77. Vi sono affezioni nasali?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	77.
78. Esistono alterazioni della voce? (rauca, velata, debole)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	78.
79. Ispezione del torace: vi sono asimmetrie parziali o totali?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	79.
80. Vi sono alterazioni nella frequenza e nel ritmo del respiro?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	80.
81. I risultati della palpazione, della percussione e della ascoltazione del torace sono normali? Le basi sono mobili?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	81.
82. Vi sono altri segni di malattia dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	82.

Deduzioni ricavate dell'esame dall'apparato respiratorio.

Apparato cardiocircolatorio		
83. Ascoltazione del cuore (indicare se vi sono modificazioni dei toni e, se vi fossero soffi, designare con precisione la sede, il tempo nel quale si ascoltano, la qualità, l'irradiazione)		83. <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/>
84. Frequenza cardiaca allo stato di riposo e dopo cinque flessioni sulle ginocchia Regolarità del ritmo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	84. Battiti/min Battiti/min
85. Pressione arteriosa a riposo (se il valore rilevato con la prima misurazione appare non normale, ripetere la misurazione dopo almeno dieci minuti)		85. Sist. Diast. mmHG Ora Apparaccio usato: Sist. Diast. mmHG Ora
86. Presenza dei polsi arteriosi ai punti di repere di ampiezza e morfologia normale? Soffi vascolari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	86.
87. Segni di aumentata pressione venosa centrale, segni di stasi polmonare, edemi periferici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	87.
88. Esame delle vene (varici, emorroidi etc.): normale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	88.

Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato cardiocircolatorio.

Bocca e apparato digerente

89. Condizioni della bocca (lingua, denti, tonsille, gengive) 89. Normale Altro
90. Ispezione dell'addome e palpazione dell'addome (ricercare accuratamente se vi sono punti dolenti alla pressione e se sono presenti masse anormali) 90. Normale Altro
91. Esame del fegato: è palpabile, dolente, duro, bernoccolato? (in caso di alterazioni della grandezza indicarne i limiti) NO SI 91.
92. Limiti della milza: esiste splenomegalia? NO SI 92.
93. Esiste ernia? È ridicibile? NO SI 93.
94. Esistono fistole anali? NO SI 94.

Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato digerente

Apparato uro-genitale

95. Vi sono segni che facciano sospettare una malattia dei reni, della vescica, dell'uretra? NO SI 95.
- Vi sono sintomi di restringimento uretrale? NO SI
- Per i maschi: malattia della prostata, dei testicoli? NO SI

Sistema nervoso, organi di senso e stato psichico

96. Condizioni psichiche 96. Normali Altro
97. Motilità: indicare specialmente se vi sono tremori, contratture, paralisi o paresi di gruppi muscolari, disturbi nella stazione eretta e nel cammino oppure nella parola 97. Normale Altro
98. Riflessi profondi: rotulei, ecc SI NO 98.
99. Pupille: forma e simmetria, reazione alla luce e alla accomodazione 99.
100. Vi sono disturbi della vista? (in casi di notevole miopia e di ipermetropia, indicare il grado) NO SI 100.
101. Orecchio: disturbi funzionali? Vertigini? Otorrea? NO SI 101.

Deduzioni ricavate dall'esame del sistema nervoso, degli organi di senso e dello stato psichico, specificando se vi sono disturbi del comportamento o segni che possono indicare un'affezione psichiatrica

Per le donne

102. Condizioni delle mammelle 102. Normali Altro

Il medico ritiene necessario un esame ginecologico per sospetto di alterazione degli organi genitali?

Risultato dell'analisi dell'urina (emessa alla presenza del medico)

Colore	Aspetto	Odore	Reazione	Peso specifico a 15°	Albumina	Glucosio	Altri elementi abnormi
Indicare i test utilizzati							

Esame microscopico del sedimento

Deduzioni ricavate dall'esame delle urine

103. Sono state trovate altre affezioni non contemplate qui sopra? NO SI 103.
Se sì, si prega di fornire ogni particolare

Conclusioni

104. Tenuto conto di tutti i dati raccolti, quale è il giudizio diagnostico del Medico? 104.
105. Occorrerebbero ulteriori esami per la esatta valutazione dello stato di salute del candidato? Se sì, quali? NO SI 105.
106. Qualora il test HIV non sia obbligatorio per i criteri assuntivi della Società assicuratrice, ne ritiene comunque consigliabile l'effettuazione sulla base delle dichiarazioni anamnestiche e di quanto da Lei riscontrato? NO SI 106. Se sì, perché?
107. Qual'è il giudizio prognostico (rischio normale, mediocre, tarato, da rifiutarsi)? 107.

Il sottoscritto attesta di aver raccolta l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo del Sig. _____
con diligenza e precisione, si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita praticata e sul giudizio dato.

La visita medica è stata eseguita a _____ il _____

alle ore _____ in _____

(ospedale, ambulatorio, domicilio dell'Assicurando, ecc.)

Informazioni riservate di cui il Medico sia venuto a conoscenza in qualsiasi modo sul conto dell'Assicurando:

Domicilio

Timbro e Firma del Medico

