



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



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)