RAPPORTO DELL'ESAME MEDICO

Società svizzere di assicurazioni sulla vita

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Nota bene

- Il **medico** è pregato di rispondere alle domande insieme alla persona da assicurare e personalmente, per quanto possibile, di inserire le risposte.
- Scrivere **in stampatello in modo ben leggibile**. Grazie.
- Se non sono soddisfatte determinate condizioni, gli assicuratori non sono autorizzati per legge a richiedere risultati da **esami genetici** effettuati prima della nascita oppure da esami volti ad accertare una predisposizione patologica **(esami presintomatici)** prima del manifestarsi dei sintomi. Se tali condizioni sono compiute,
  i chiarimenti si effettuano con un formulario a parte. Perciò i risultati di questi esami non devono essere indicati nel presente questionario. Gli assicuratori non sono autorizzati ad utilizzare i risultati inoltrati a titolo facoltativo.
  Gli esami genetici a fini diagnostici, ovvero volti a chiarire sintomi della malattia già riscontrati, non sono interessati dalle disposizioni legali e devono essere dichiarati.
- Le specificazioni delle persone utilizzate nel presente modulo si riferiscono sia alle persone di sesso maschile che femminile.

Seleziona assicuratore...

GLN

No di polizza / della proposta

Dati personali della persona da assicurare

Nome | Cognome | Data di nascita | Descrizione dell'attività professionale attuale

Via, no | NPA | Località | Paese

Anamnesi

N°	Domande	no	sì	In caso affermativo, si prega di indicare ulteriori dettagli (vale per tutte le domande)
01	Esercita regolarmente un'attività sportiva?	◯	◯	Quale? Con quale frequenza?
02	Negli ultimi 3 anni ha fatto uso di prodotti da fumo, tabacco, risp. nicotina in un'altra forma?	◯	◯	☐ Sigarette ☐ E-Sigarette ☐ Sigari ☐ Pipa ☐ Altro (p. es. narghilè, tabacco da masticare, cerotto alla nicotina) Cosa? Quantità giornaliera? Quando per l'ultima volta?
03	Fa uso di bevande alcoliche?	◯	◯	Quali? Quantité? Frequenza?
04	È o è stato negli ultimi 10 anni in consultazione o in trattamento in relazione al suo consumo di alcol (incl. chiarimenti speciali / visite / servizio di consulenza)?	◯	◯	Quando? Da parte di chi? Nome e indirizzo
05	Fa o ha fatto uso di droghe negli ultimi 10 anni?	◯	◯	Quali? Quante volte? Durata? Quando per l'ultima volta?
06	Assume o ha mai assunto regolarmente o ripetutamente medicinali negli ultimi 5 anni o les sono stati prescriti medicamenti?	◯	◯	Quali? Quante volte? Perché? Da quando a quando?
07 a.	È mai stato ricoverato in ospedale?	◯	◯	Perché? Quando?
b.	È già stato sottoposto a endoscopia articolare o delle cavità corporee, esami con catetere o altre procedure?	◯	◯	Perché? Quando?
c.	Esistono attualmente delle malattie / disturbi della salute / postumi da infortuni?	◯	◯	Quali?
d.	La sua capacità lavorativa o di guadagno è in qualche modo limitata?	◯	◯	Perché? Da quando? Grado / Dimensione?
e.	Negli ultimi 5 anni è stato interamente o parzialmente incapace al lavoro, senza interruzione per più di 4 settimane?	◯	◯	Perché? Da quando a quando?
f.	Ha già presentato nel passato una domanda presso un' assicurazio-ne al fine di ottenere delle misure mediche, scolastiche, professionali o di altro genere?	◯	◯	Da quale assicurazione? Quando? Perché?
08	Nella sua famiglia (genitori, fratelli e sorelle, nonni) si sono mai riscontrate malattie del sistema nervoso, malattie cardiache,colpi apoplettici, diabete, cancro o malattie ereditarie prima dei 55 anni?	◯	◯	Quali malattie? Riscontrate presso quante persone?

Data e firma della persona da assicurare

Data | Firma

No	Domande	no	sì	In caso affermativo, si prega di indicare ulteriori dettagli (vale per tutte le domande)		
09	**Esistono o ha avuto delle malattie, disturbi o affezioni negli ultimi 10 anni**			Quali?	Quando? Per quanto? Guarito?	Medici / altri terapeuti con indirizzi:
a.	dell'**apparato respiratorio** come asma, bronchite cronica o ricorrente, polmonite, tubercolosi polmonare o altro?	○	○			
b.	del **cuore** o dei **vasi sanguigni**, quali ipertensione, disturbi circolatori, infarto miocardico, insufficienza cardiaca, astenia miocardica, palpitazioni, apoplessia cerebrale, flebite, varici o altro?	○	○			
c.	dell'**apparato digerente**, quali ernia diaframmatica, ulcera o infiammazioni o emorragie gastriche o intestinali, emorroidi, itterizia, malattie del fegato, della cistifellea, del pancreas o altro?	○	○			
d.	degli **organi urinari** o **genitali**, quali malattie dei reni, dell'uretere, della vescica, della prostata o dei testicoli, disturbi dell'utero o delle ovaie, malattie al seno, calcoli, presenza di sangue o albumina nelle urine o altro?	○	○			
e.	del **sistema nervoso**, quali epilessia, vertigini, mal di testa, paralisi, nevrite o altro?	○	○			
f.	della **psiche**, come depressioni, disturbi di ansia, di resistenza allo stress, del comportamento alimentare, problemi psicosomatici, burnout o altro?	○	○			
g.	dell'**apparato locomotore** (ossa, articolazioni, colonna vertebrale, dischi intervertebrali, muscoli, legamenti, tendini) come dolori alla schiena, cervicali e alle spalle, artrosi, reumatismi o altro?	○	○			
h.	degli **occhi**, quali acuità visiva inferiore alla norma, debolezza visiva, cataratta o glaucoma, retinopatia o altro?	○	○	Diottrie: sinistra /destra		
i.	dell'**udito**, quali sordità, infiammazioni, acufene o altro?	○	○			
j.	del **metabolismo** o del **sangue**, quali diabete, livello colesterolo aumentato, gotta, disturbi ormonali (tiroide, ghiandola surrenale), anemia, alterazione della coagulazione o altro?	○	○			
k.	del **sistema immunitario** o **malattie infettive**, come infezioni da HIV, malattie trasmissibili sessualmente, epatite, borreliosi, malattie tropicali o altro?	○	○			
l.	a causa di **malattie della pelle** o **allergie** agli alimenti, al polline, ai peli di animali o ad altre sostanze?	○	○			
m.	a causa di **malattie tumorali** (benigne o maligne)?	○	○			
n.	a causa di **malformazioni** o **difetti congeniti**?	○	○			
o.	a causa del consumo o della **dipendenza** da farmaci, alcool, droghe o altre sostanze che creano dipendenza?	○	○			
p.	altre malattie, disturbi o affezioni non menzionati nel presente elenco?	○	○			
10	Ha mai commesso un tentativo di suicidio?	○	○			
11	Sono previste visite o trattamenti medici o è stata raccomandata una degenza ospedaliera o un'operazione?	○	○	Perché?		
12	Negli **ultimi 5 anni** ha consultato medici, chiropratici, osteopati, fisioterapisti, psicoterapeuti o altri esperti attivi nel settore sanitario non ancora menzionati?	○	○	Nomi e indirizzi esatti		
				Perché?	Quando?	Guarito?
13	Quale medico ha consultato per ultimo?		⇨	Nomi e indirizzi esatti		
			⇨	Perché?	Quando?	Risultato?
14	Quale medico è informato al meglio sul suo stato di salute?		⇨	Nome e indirizzo esatto		

Dichiaro di aver risposto alle domande da 1 a 14 in modo veritiero e completo. La validità del contratto dipende dall'esattezza e completezza dei dati forniti. Autorizzo i medici, le istituzioni mediche e gli istituti d'assicurazione interrogati dalla società a fornire tutte le informazioni necessarie all'esame della proposta.

Luogo	Data	Firma della persona da assicurare

Dichiaro di aver passato in rassegna le singole domande con la persona da assicurare.

Luogo	Data	Firma del medico

Valutazione medica dell'anamnesi:

Visita medica incluso controllo dell'urina

Si prega di spiegare i risultati patologici o anormali. Grazie.

No	Domande	no	sì	In caso affermativo, si prega di indicare ulteriori dettagli (vale per tutte le domande)
15 a.	**Data** della visita medica:	⇨		
b.	Conosce personalmente la persona da assicurare?	○	○	Conosciuta personalmente dal:
				Identità verificata in base a: ○ Passaporto ○ Carta d'identità ○ Licenza per condurre ○ Libretto per stranieri
c.	Ha già visitato o curato personalmente la persona da assicurare?	○	○	Quando?
				Per quale motivo?
				Risultato?
16	**Altezza** (senza scarpe) / **Peso** (senza vestiti)	⇨		cm kg
17	**Cute** Il paziente è affetto da una malattia cutanea o vi è presenza di cicatrici?	○	○	
18	**Apparato respiratorio**			
a.	Percussione e auscultazione danno risultati anomali?	○	○	Causa?
b.	Esistono dei sintomi che potrebbero indicare un'affezione dell'apparato respiratorio?	○	○	
19	**Cuore e circolazione**			
a.	Ha rilevato un soffio cardiaco?	○	○	Se sì: ○ sistolico ○ diastolico
	Punto massimo e propagazione?	⇨		
	Il soffio è patologico?	○	○	
b.	Sono percettibili soffi carotidei?	○	○	
c.	Frequenza del polso, pressione arteriosa	⇨		Numero delle pulsazioni al minuto
		⇨		Pressione arteriosa in mm Hg: sistolico / diastolico
	Se i valori superano i 135 / 85 mmHg, si prega di ripetere la misurazione.	⇨		Pressione arteriosa, 2a misurazione: /
d.	Ritmo del polso	⇨		○ regolare ○ irregolare
e.	Sono percettibili dei soffi vascolari?	○	○	Dove?
f.	Assenza di pulsazioni ai piedi o pulsazioni deboli?	○	○	
g.	Sono riscontrabili sintomi d'insufficienza o di scompenso (dispnea, cianosi)	○	○	
h.	Vi è presenza di vene varicose o sintomi di insufficienza venosa cronica?	○	○	

Data e firma del medico

Data

Firma

No	Domande	no	sì	In caso affermativo, si prega di indicare ulteriori dettagli (vale per tutte le domande)
20	**Apparato digerente e addome**			
a.	Denti, lingua, tonsille, mucosa orale o faringe presentano anomalie?	○	○	
b.	L'esame clinico, la palpazione, la percussione e l'auscultazione dell'addome permettono di riscontrare anomalie?	○	○	
c.	Presenza di ernia?	○	○	
21	**Organi genito-urinari**			
a.	Per le persone di sesso **maschile**: Esiste un indizio di affezione degli organi genito-urinari?	○	○	
b.	Per le persone di sesso **femminile**: Esiste un indizio di affezione degli organi genito-urinari, di alterazione patologica del seno oppure la paziente è incinta?	○	○	
22	**Sistema nervoso / organi dei sensi**			
a.	Vi sono indizi di un'affezione degli organi di senso, in particolare un abbassamento dell'acuità visiva o uditiva?	○	○	
b.	Vi sono sintomi che indicano una patologia neurologica o dei deficit p. es. motorica, riflessi, sensibilità, equilibrio?	○	○	
23	**Psiche** Sono riscontrabili anomalie psichiche (p. es. stato d'animo inappropriato o anomalie comportamentali) oppure vi sono indizi che fanno presagire ad attuali situazioni di stress o conflittuali?	○	○	
24	**Scheletro / apparato locomotore** Vi sono indizi di un'affezione o una deformazione della colonna vertebrale o di altre parti dell'apparato locomotore?	○	○	
25	**Altro**			
a.	È riscontrabile un ingrossamento delle ghiandole linfatiche?	○	○	Dove?
b.	Vi sono sintomi di disturbi endocrinologici?	○	○	
c.	Vi è un sospetto di disturbi alimentari, abuso di alcol o consumo di droghe?	○	○	
d.	Sono stati riscontrati altri referti che potrebbero determinare un aumento del rischio?	○	○	
26	**Esame delle urine (test strisce reattive per urine):**			
	Le urine contengono proteine?	○	○	
	Le urine contengono zucchero?	○	○	
	Le urine contengono eritrociti?	○	○	
	Le urine contengono leucociti?	○	○	
	Le urine contengono altre sostanze?	○	○	
	Se il test delle strisce reattive per urine presenta delle anomalie, preparare un **sedimento urinario** e fornire informazioni quantitative.	⇨		Ec [ ] Lc [ ] Varie [ ]

Dichiaro di aver esaminato ed interrogato la persona da assicurare e di aver risposto alle domande da 15 a 26 secondo scienza e coscienza.

Luogo	Data	Firma del medico

Osservazioni:
(altre osservazioni, p. es. fattori di rischio, esami e / o terapie proposte)

Si prega di allegare le copie degli esiti d'esame disponibili. Grazie.

Medico
Indirizzo

Telefono
Fax
GLN
RCC
eMail

Firma _____
non necessario se presentato elettronicamente

Data

Invio elettronico

«Invio diretto» è disattivato perché il destinatario non può essere indirizzato in modo sicuro (HIN-Mail|Medidata)!