



Allegato B1 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 del decesso	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

A cura del
Medico curante

Allegato B1 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 Quando è avvenuto il decesso (data e ora del decesso)?

2 Dove e come è avvenuto il decesso?

3 Quale evento/malattia ha causato il decesso dell'Assicurato?

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 L'evento/malattia ha determinato cure ospedaliere? In caso affermativo, indicare l'epoca del ricovero e la struttura sanitaria

8 È stato eseguito esame autoptico? Con quale esito?

9 Sono stati eseguiti prelievi per esami tossicologici?

10 Sono stati eseguiti i suddetti esami tossicologici? Con quale esito?

11 La diagnosi della causa del decesso è stata confermata da altri medici privati od ospedalieri?

12 Il modello ISTAT è stato compilato da Lei o da altro medico? La invitiamo ad indicare la sequenza causale ivi riportata (causa iniziale, causa intermedia, causa finale)

13 Sussistevano in anamnesi quadri patologici preesistenti ricollegabili alla malattia o all'evento causa del decesso?

14 In caso di risposta affermativa alla domanda 13, precisare

quadro
patologico

epoca
di diagnosi

terapie praticate
epoca di inizio

epoca di
eventuali ricoveri



! LA INVITIAMO A RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE
! NEL MODO PIÙ CHIARO E COMPLETO POSSIBILE



Allegato B1 Relazione del Medico curante

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)