

<b>Medico, timbro (indirizzo esatto)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	Società  No di polizza / della proposta
---	---

## 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.

## Dati personali della persona da assicurare

Cognome, Nome <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Data di nascita <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Descrizione dell'attività professionale attuale <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Via, no <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	NPA <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Località <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Paese <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

## Anamnesi

No	Domande	no	si	In caso affermativo, si prega di indicare ulteriori dettagli (vale per tutte le domande)
01	Esercita regolarmente un'attività sportiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quale? Con quale frequenza?
02	Negli ultimi 3 anni ha fatto uso di prodotti da fumo, tabacco, risp. nicotina in un'altra forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sigarette <input type="checkbox"/> E-Sigarette <input type="checkbox"/> Sigari <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Altro (p. es. narghilè, tabacco da masticare, cerotto alla nicotina) Cosa?  Quantità giornaliera?                      Quando per l'ultima volta?
03	Fa uso di bevande alcoliche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali? Quantità? 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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando? Da parte di chi? Nome e indirizzo
05	Fa o ha fatto uso di droghe negli ultimi 10 anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 prescritti medicinali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali?                      Quante volte?  Perché?                      Da quando a quando?
07 a.	È mai stato ricoverato in ospedale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perché? Quando?
b.	È già stato sottoposto a endoscopia articolare o delle cavità corporee, esami con catetere o altre procedure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perché? Quando?
c.	Esistono attualmente delle malattie / disturbi della salute / postumi da infortuni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali?
d.	La sua capacità lavorativa o di guadagno è in qualche modo limitata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perché? Da quando a quando?
f.	Ha già presentato nel passato una domanda presso un' assicurazione al fine di ottenere delle misure mediche, scolastiche, professionali o di altro genere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali malattie?  Riscontrate presso quante persone?

<b>Data e firma della persona da assicurare</b>	Data <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Firma <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	---	--

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

<b>No</b>	<b>Domande</b>	<b>no</b>	<b>si</b>	<b>In caso affermativo, si prega di indicare ulteriori dettagli (vale per tutte le domande)</b>
15	a. <b>Data</b> della visita medica:		⇒	<input style="width: 80px;" type="text"/>
	b. Conosce personalmente la persona da assicurare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conosciuta personalmente dal: <input style="width: 80px;" type="text"/> Identità verificata in base a: <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Licenza per condurre <input type="checkbox"/> Libretto per stranieri
	c. Ha già visitato o curato personalmente la persona da assicurare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando?   Per quale motivo?   Risultato?
16	<b>Altezza</b> (senza scarpe)/ <b>Peso</b> (senza vestiti)		⇒	<input style="width: 80px;" type="text"/> cm <input style="width: 80px;" type="text"/> kg
17	<b>Cute</b> Il paziente è affetto da una malattia cutanea o vi è presenza di cicatrici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<b>Apparato respiratorio</b>			
	a. Percussione e auscultazione danno risultati anomali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Causa?
	b. Esistono dei sintomi che potrebbero indicare un'affezione dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<b>Cuore e circolazione</b>			
	a. Ha rilevato un soffio cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se si: <input type="checkbox"/> sistolico <input type="checkbox"/> diastolico
	Punto massimo e propagazione?		⇒	
	Il soffio è patologico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Sono percettibili soffi carotidei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Frequenza del polso, pressione arteriosa		⇒	Numero delle pulsazioni al minuto <input style="width: 60px;" type="text"/>
			⇒	Pressione arteriosa in mm Hg <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/>
	Se i valori superano i 135/85 mmHg, si prega di ripetere la misurazione.		⇒	Pressione arteriosa, 2a misurazione <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/>
	d. Ritmo del polso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regolare <input type="checkbox"/> irregolare
	e. Sono percettibili dei soffi vascolari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dove?
	f. Assenza di pulsazioni ai piedi o pulsazioni deboli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	g. Sono riscontrabili sintomi d'insufficienza o di scompenso (dispnea, cianosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h. Vi è presenza di vene varicose o sintomi di insufficienza venosa cronica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Data e firma del medico**

Data

Firma

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

**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.

**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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>