

Relazione del medico Dott. _____,
sulla malattia che fu causa della morte dell'assicurato (da restituire in **originale** a Genertellife S.p.A.
- Via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto)

Si prega di scrivere MOLTO CHIARO, rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande.

Cognome e nome dell'assicurato defunto _____	Età: anni _____
Professione _____	Stato civile _____
Luogo del decesso _____	(Prov. _____)
Data della morte: giorno _____	mese _____
anno _____	ora _____
Malattia che condusse a morte l'assicurato:	
Diagnosi della malattia iniziale: _____	

Successioni morbose: _____	

Accidente terminale: _____	

Era il medico abituale dell'assicurato? _____ da quale epoca? (specificare giorno mese ed anno)
_____ precedentemente a Lei quali medici lo curavano? _____

se tuttora in vita, quale la loro residenza e/o l'indirizzo dello studio medico? _____

**Timbro originale e firma leggibile
del medico che ha redatto la relazione**

È a conoscenza in quali epoche e per quali malattie gli stessi abbiano visitato l'assicurato? _____

Quando ha cominciato a curare l'assicurato nell'ultima malattia? _____

Breve storia clinica della malattia

Anamnesi personale remota: _____

L'assicurato fumava? _____ Ha mai fumato? _____ Se sì, indicare quantità giornaliera e periodo:

Quantità _____ dal _____ al _____

L'Assicurato faceva uso abituale di alcolici o superalcolici? _____ Se sì, indicare quantità giornaliera e periodo:

Quantità _____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa? _____ Se sì, indicare il tipo di farmaco e il periodo: _____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per altre malattie? _____ Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il tipo di farmaco e il periodo: _____ dal _____ al _____

Anamnesi personale recente (importantissimo precisare la data d'inizio della malattia): _____

**Timbro originale e firma leggibile
del medico che ha redatto la relazione**

Sintomatologia all'inizio della malattia: _____

Decorso della malattia: _____

Ricerche ed esami speciali eseguiti durante il decorso (indicare le date, il nominativo del Gabinetto di ricerche ed i risultati ottenuti): _____

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'Ospedale o della Clinica privata): _____

**Timbro originale e firma leggibile
del medico che ha redatto la relazione**

La diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici? _____

Quali furono? (cognome, nome, residenza e/o indirizzo dello studio medico ed epoca in cui furono consultati): _____

La diagnosi clinica dell'ultima malattia è stata convalidata da quella anatomica? _____

Il genere di occupazione e di vita dell'assicurato (affaticamento, intemperanza, intossicazioni, ecc.) può avere influito sulla causa e sull'esito della malattia? _____

Conosceva l'assicurato la natura della malattia per la quale venne a soccombere? _____ da quando?

_____ o quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse? _____

Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere a migliorare l'illustrazione del caso clinico?

Luogo e data _____

**Timbro originale e firma leggibile
del medico che ha redatto la relazione**

(firma) _____

Relazione del medico pag. 4 di 4

(domicilio) _____