

# QUESTIONARIO PER INVALIDITÀ DA MALATTIA

Assicurando: \_\_\_\_\_ nat il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

## NOTIZIE SULLO STATO DI SALUTE:

- a) Peso Kg. \_\_\_\_\_ Altezza cm. \_\_\_\_\_
- b) Fumo (n° sigarette al dì) \_\_\_\_\_ e alcolici (quantità al dì) \_\_\_\_\_
- c) Farmaci di uso abituale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) E' stato ricoverato in Ospedale o Casa di Cura negli ultimi 5 anni?  SÌ -  NO  
Quale? \_\_\_\_\_  
Quando \_\_\_\_\_  
Diagnosi ed eventuale/i intervento/i chirurgico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- e) Ha eseguito negli ultimi due anni:
- Accertamenti radiologici? \_\_\_\_\_ Sintesi dell'esame \_\_\_\_\_
  - Elettrocardiogramma  SÌ -  NO - Sintesi dell'esame \_\_\_\_\_
  - Elettroencefalogramma  SÌ -  NO - Sintesi dell'esame \_\_\_\_\_
  - Esame del fondo dell'occhio?  SÌ -  NO - Sintesi dell'esame \_\_\_\_\_
- f) Si è sottoposto a visite mediche negli ultimi 6 mesi?  SÌ -  NO  
Quali diagnosi sono state formulate? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- g) Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere per ragioni di salute la sua abituale attività lavorativa per oltre 2 settimane consecutive? Se sì, indicarne le cause \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- h) Di quale malattia ha sofferto e soffre attualmente (specificare le malattie):
- Malattie infettive (escluse quelle infantili) \_\_\_\_\_
  - Malattie osteoarticolari \_\_\_\_\_
  - Malattie dell'apparato respiratorio \_\_\_\_\_
  - Malattie dell'apparato circolatorio/sangue \_\_\_\_\_
  - Malattie dell'apparato digerente \_\_\_\_\_
  - Malattie dell'apparato urinario \_\_\_\_\_
  - Malattie del sistema endocrino \_\_\_\_\_
  - Malattie del sistema nervoso \_\_\_\_\_
  - Malattie degli organi di senso \_\_\_\_\_
  - Altre eventuali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Il sottoscritto conferma di non essere a conoscenza di altri stati patologici diversi da quanto indicato e che dati, circostanze e dichiarazioni contenute nel presente sono conformi a verità.  
Si consente l'uso della del presente ai sensi della legge 675/96.*

Data \_\_\_ / \_\_\_ / 200\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_