

QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE

A) INFORMAZIONI GENERALI SUL PAZIENTE

Nome e Cognome

Data di nascita..... Numero tessera del Servizio Sanitario Nazionale.....

Da quanto tempo ha in cura il paziente?

B) INFORMAZIONI MEDICHE

L'invalidità è dovuta ad infortunio o malattia? INFORTUNIO MALATTIA

Quale è la data di diagnosi della Malattia o di accadimento dell'infortunio?/...../.....

Secondo la sua diagnosi, l'Infortunio/Malattia è conseguente a complicazioni da: parto, gravidanza, aborto anche terapeutico, uso di sostanze stupefacenti in genere e psicofarmaci, uso di bevande alcoliche, atti di autolesionismo, condizione di salute direttamente o indirettamente collegata ad infezione da HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili, radiazioni atomiche, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei, operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti estetici, partecipazioni in competizioni agonistiche, pratica di sport pericolosi, pratica di sport professionistici, connessione con l'uso o la produzione di esplosivi, atti di autolesionismo?

Sì No Se sì, La preghiamo di specificare:

Lei ha curato altre volte l'Assicurato per Infortunio o Malattia? Sì No Se sì, quando e per quali motivi?

Sono stati praticati esami particolari (radioscopie, radiografie, esami del sangue, ecc.)?

Quale è stata la causa dell'Infortunio o della Malattia?

Può stabilirsi un nesso di causalità tra l'Infortunio/Malattia che ha determinato l'invalidità Totale Permanente e le precedenti condizioni patologiche del paziente? Sì No Se sì, La preghiamo di dettagliare le patologie pregresse nella presente tabella:

DATA	DIAGNOSI	CAUSA	TRATTAMENTO (se farmacologico indicare i farmaci e posologia)	DURATA MALATTIA (o della cura farmacologica)

A seguito delle sopra indicate patologie/trattamenti, il paziente è stato ricoverato presso strutture sanitarie oppure si è rivolto a dei medici specialistici?

Sì No Se sì, la preghiamo di indicarci dove, da chi (nominativo medico) ed in quali date

Il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa: Sì No Se sì, da quale data?/...../.....

Dichiarazione, firma e timbro del medico

Il sottoscritto Dott. dichiara che le informazioni fornite nel presente questionario medico corrispondono al vero.

FIRMA.....

data/...../.....

TIMBRO DEL MEDICO

Indirizzo dello studio :

Telefono: Fax:

e-mail: