



## 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 paranoidi, 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: .....