

RELAZIONE DELL'ULTIMO MEDICO CURANTE

Voglia il Medico, cortesemente, redigere il rapporto con attenzione, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possano illustrare la patogenesi, l'inizio ed il decorso dell'ultima malattia dell'Assicurato. Si prega inoltre di non omettere dati o circostanze, note al Medico, sulle eventuali malattie coesistenti, attuali e/o pregresse, anche se queste non fossero, apparentemente, in relazione causale o concausale rispetto alla malattia terminale.

Cognome e nome del Medico, Dr.

(scrivere in stampatello)

.....

Cognome e Nome dell'Assicurato

Data di nascita ___/___/_____ Data di morte ___/___/_____

Stato civile _____ Professione _____

Luogo del decesso: abitazione ospedale altro _____

1- Era Lei il Medico abituale dell'Assicurato?

2- Da quale epoca?

3- Quale medico lo curava precedentemente?

4- Quale fu la causa di morte dell'Assicurato?

5- Quale fu la malattia iniziale?





6 - In base ai dati anamnestici ed ai sintomi osservati, a quale data poteva presumibilmente riportarsi l'inizio della malattia?

7- Quando cominciò a curarlo per tale malattia?

8- La malattia richiese accertamenti diagnostici? In caso affermativo indicare il tipo e l'epoca in cui furono effettuati.

9- La malattia richiese ricoveri? In caso affermativo specificare il luogo e l'epoca in cui si resero necessari.

10- Coesistevano altre malattie, anche se, apparentemente, non in relazione con la patologia che ha determinato il sinistro?

11- In caso affermativo, da quanto tempo?

12- Per tali malattie (punto 10) l'Assicurato subì ricoveri o fu sottoposto ambulatorialmente ad accertamenti diagnostici (esami radiografici, elettrocardiografici, biotici, ematologici, ecc.) o a trattamenti terapeutici?

(si prega di indicare, per ogni malattia, l'epoca di riscontro/diagnosi, i luoghi degli eventuali ricoveri, le terapie farmacologiche somministrate)





13- Quali altre notizie od informazioni può Lei aggiungere?

SOLO IN CASO DI SUICIDIO

14- Esistevano nell'anamnesi dell'Assicurato precedenti condizioni psico-patologiche?

SI NO

15 - In caso affermativo,

Quali? _____

Da quanto tempo? _____

In terapia con quali farmaci? _____

Richiesero ricoveri? _____

Quando?

16 - Può stabilirsi un nesso tra il suicidio e le precedenti condizioni psico-patologiche dell'assicurato?

17 - In anamnesi vi erano altre patologie?

Quali? _____

In terapia con quali farmaci? _____

18 - Quali altre notizie od informazioni può Lei aggiungere?

Data ___/___/_____

IL MEDICO CURANTE _____

(timbro e firma)

