



QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Cognome e Nome				M	F
Data di Nascita		Peso Kg.		Altezza cm.	
Professione					

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI NEGLI ULTIMI 3 ANNI

<u>ESAME</u>			<u>DATA</u>	<u>MOTIVO</u>	<u>ESITO</u>
Elettrocardiogramma	NO	SI			
Ecocardiogramma	NO	SI			
Elettroencefalogramma	NO	SI			
Radiografie	NO	SI			
Esame del sangue	NO	SI			
Esami delle urine	NO	SI			
Test HIV	NO	SI			
Markers epatite	NO	SI			
Biopsie	NO	SI			
TAC - RMN - Ecografie	NO	SI			
Altri	NO	SI			

E' mai stata/o sottoposta/o a terapia radiante? In caso positivo, indicare data, motivo, sede anatomica ed esito.	NO	SI

E' mai stata/o sottoposta/o ad emotrasfusioni o terapia a base di emoderivanti? In caso positivo, indicare data, motivo ed esito.	NO	SI

Soffre attualmente, o ha sofferto recentemente, di uno dei seguenti sintomi? Astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattia della pelle. In caso positivo, indicare data e natura dei disturbi.	NO	SI

Ha mai subito traumi ed infortuni? In caso positivo, indicare: data, sede anatomica colpita, natura delle lesioni, eventuale ricovero, terapia praticata, eventuali postumi.	NO	SI

E' mai stata/o ricoverata/o anche in regime di Day Hospital? In caso positivo, indicare: data, durata del ricovero, patologia, eventuale intervento chirurgico, postumi e conseguenze.	NO	SI



Ha imperfezioni fisiche e funzionali diagnostiche od obiettivamente visibili? In caso positivo, indicare a carico di quale apparato (compresi i difetti della vista e udito)	NO	SI

Ha patologie in atto e/o sta seguendo cure mediche? In caso positivo, indicare la patologia ed i farmaci che sta eventualmente assumendo.	NO	SI

Ha sofferto, o soffre, di patologie dell'apparato respiratorio?				NO	SI
Patologia	Data	Terapia	Esito		

Ha sofferto, o soffre, di patologie dell'apparato cardiocircolatorio?				NO	SI
Patologia	Data	Terapia	Esito		

Ha sofferto, o soffre, di patologie dell'apparato digerente?				NO	SI
Patologia	Data	Terapia	Esito		

Ha sofferto, o soffre, di patologie del sistema nervoso ed organi di senso?				NO	SI
Patologia	Data	Terapia	Esito		

Ha sofferto, o soffre, di patologie del sistema endocrino?				NO	SI
Patologia	Data	Terapia	Esito		

Ha sofferto, o soffre, di patologie del sistema urogenitale?				NO	SI
Patologia	Data	Terapia	Esito		

Ha sofferto, o soffre, di patologie dell'apparato osteo-articolare?				NO	SI
Patologia	Data	Terapia	Esito		

Ha sofferto, o soffre, di patologie di malattie del sangue?				NO	SI
Patologia	Data	Terapia	Esito		



Ha sofferto, o soffre, di patologie dell'apparato visivo e/o uditivo?				NO	SI
Patologia	Data	Terapia	Esito		

Il sottoscritto, consapevole che il presente questionario è parte integrante del contratto e che le informazioni ed i dati richiesti costituiscono elementi essenziali per la valutazione del rischio da parte della Società, conferma l'assoluta veridicità ed esattezza delle risposte fornite, nella consapevolezza che eventuali dichiarazioni inesatte e/o reticenze possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso e/o l'annullamento del contratto di assicurazione, ai sensi degli Articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

Luogo e data

Firma _____