

RELAZIONE MEDICA - CASO MORTE (RM-M)
(da far compilare al medico curante o al medico che ha constatato il decesso)

DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO:

NOME: _____	COGNOME: _____
LUOGO DI NASCITA: _____	DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SESSO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COD. FISC.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
INDIRIZZO: _____	CAP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
COMUNE: _____	PV: _____

Data del decesso: Luogo: _____

Indicare se il decesso è dovuto a: Malattia Infortunio Aggressione Suicidio

Era Lei il medico curante dell'Assicurato prima del decesso? SI NO

Se SI, indichi la data in cui l'Assicurato è divenuto suo paziente:

Se NO, potrebbe indicarci nome, cognome ed indirizzo del medico curante? _____

E' in grado di dire se l'Assicurato ha consultato altri medici? SI NO

Se SI, potrebbe indicarne nome, cognome ed indirizzo? _____

CASO MALATTIA (da compilare se il decesso è dovuto a malattia)

Quale è stata la causa del decesso dell'Assicurato? _____

Che sintomi presentava l'Assicurato prima del decesso? _____

Quali sono state le tappe evolutive della malattia? _____

Descriva la natura ed il risultato di eventuali terapie somministrate per la cura della stessa: _____

Ritiene che la malattia possa essere stata causata da AIDS o sindrome avente sintomi affini? SI NO

Se SI, perché? _____

CASO MALATTIA (segue)

In base ai sintomi osservati ed ai dati anamnestici, a quale data si deve presumibilmente riportare l'inizio della malattia?

Data di inizio presunta (mese/anno):

Data della prima diagnosi della malattia (giorno/mese/anno):

La diagnosi della malattia fu confermata da altri medici?

SI NO

Se SI, indicare nome, cognome ed indirizzo dei medici e periodo in cui furono consultati: _____

Indichi se il paziente è stato sottoposto a terapie o controlli medici a casa o in ospedale: _____

Esistevano condizioni patologiche preesistenti alla malattia che ha causato il decesso?

SI NO

Se SI, specificare quali: _____

Esiste un nesso causale diretto o indiretto fra la malattia che ha provocato il decesso e le precedenti?

SI NO

O queste ultime ne hanno solamente aggravato il decorso?

SI NO

Ritiene che avrebbero potuto, da sole, provocare il decesso?

SI NO

CASO INFORTUNIO / AGGRESSIONE (da compilare se il decesso è dovuto a infortunio)

Data dell'infortunio/aggressione:

Descrizione dell'infortunio e delle conseguenze che hanno provocato il decesso: _____

DA COMPILARE IN TUTTI I CASI

L'infortunio o la malattia ha comportato (prima del decesso) un'interruzione del lavoro?

SI NO

Se SI, indicare se si è trattato di:

{	Invalidità permanente:	Totale <input type="checkbox"/>	Parziale <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> %
	Inabilità temporanea:	Totale <input type="checkbox"/>	Parziale <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> %

Indicare la data di inizio dell'Invalidità/Inabilità:

Quali altre informazioni ritiene utile fornirci? _____

Il medico

Data:

Firma _____

Domicilio _____

Timbro _____

Telefono _____

