



RAPPORTO VISITA MEDICA

ANAGRAFICA

NOME E COGNOME _____

(per le donne indicare il cognome da nubile)

DATA DI NASCITA _____ PROFESSIONE _____

INDIRIZZO _____

VISITA MEDICA EFFETTUATA IL: _____ **DAL DOTTOR:** _____

1) Ha già curato l'Assicurato? SI NO

In caso affermativo, quando e per quali motivi?: _____

In caso negativo, la conosce per altre ragioni? SI NO

Quali?: _____

2) L'Assicurato è attualmente sotto trattamento medico? SI NO

Quale – Da quando – Motivo: _____

3) ASPETTO GENERALE

Peso: _____ Kg Altezza: _____ cm Circonferenza della vita: _____ cm Circonferenza dei fianchi: _____ cm

Aspetto sano, che corrisponde all'età indicata? SI NO

Tipo costituzione: Magra Normale Robusta

Presenta malformazioni o mutilazioni? SI NO

Commenti: _____

4) COLLO

Vi è presenza di gozzo? SI NO

5) APPARATO RESPIRATORIO

Antecedenti? SI NO

Commenti: _____

Il movimento respiratorio è limitato, asimmetrico? SI NO

Commenti: _____

La percussione mostra un'opacità anomala? SI NO

Commenti: _____

All'auscultazione si rilevano anomalie? SI NO

Commenti: _____

La voce è velata? SI NO

Commenti: _____

RAPPORTO VISITA MEDICA

6) APPARATO CARDIOVASCOLARE**Antecedenti? Il cuore è ingrossato?** SI NO

Commenti: _____

I rumori del cuore sono cambiati? (intensità, sdoppiamento, ecc.) SI NO

Commenti: _____

Si sente un soffio cardiaco? SI NO Sistolico Diastolico Intensità: _____**Il soffio è organico?** SI NO

Come si propaga? Dov'è il punto di massima intensità _____

L'aorta addominale ha un aspetto dilatato? SI NO

Commenti: _____

I polsi degli arti inferiori sono tutti percepibili e simmetrici? SI NO

Commenti: _____

Si sente un soffio sulle arterie cervicali o femorali? SI NO

Commenti: _____

Pressione arteriosaSistolica: _____ Diastolica: _____ Trattata Non trattata

Polso: _____ Extrasistole: _____

Se i valori della pressione arteriosa sono superiori a 150/90, effettuare una nuova misurazione alla fine della visita dopo dieci minuti in posizione coricata.

Seconda lettura: Sistolica: _____ Diastolica: _____ Polso: _____

7) APPARATO DIGERENTE**La lingua, la faringe e le tonsille hanno un aspetto anormale?** SI NO

Commenti: _____

La palpazione dell'addome rivela uno stato patologico? SI NO

Commenti: _____

Vi è un'epatomegalia? SI NO

Spessore (quante dita?) _____ Consistenza: _____

Vi è una splenomegalia? SI NO

Grado _____ Consistenza: _____

Vi è un'ernia? SI NO

Di che tipo: _____

Vi sono emorroidi o segni di ematemesi, melena, rettoragia? SI NO

Commenti: _____

8) Vi sono segni di alcolismo, tabagismo, abuso di medicinali, uso di stupefacenti? SI NO

Commenti: _____

9) APPARATO URO-GENITALE

Ha avuto in precedenza un'afezione degli organi uro-genitali? SI NO

PER LE PERSONE DI SESSO MASCHILE

Vi sono segni di malattie degli organi genitali (testicoli, epididimi, prostata)? SI NO

Commenti: _____

Vi è una ginecomastia? SI NO

Commenti: _____

PER LE PERSONE DI SESSO FEMMINILE

Vi sono segni di malattie degli organi genitali? SI NO

Commenti: _____

Vi è un cambiamento anomalo dei seni? SI NO

Commenti: _____

ESAME DELLE URINE (effettuato in presenza del Medico esaminatore)

Aspetto: _____

Albumina: _____ Glucosio: _____ Pus: _____

Altre anomalie: _____

10) SISTEMA NERVOSO

Antecedenti? SI NO

Commenti: _____

Postumi? SI NO

Commenti: _____

Vi sono riflessi pupillari o osteo-tendinei anormali? SI NO

Commenti: _____

Vi sono segni di distonia neurovegetativa? SI NO

Commenti: _____

Presenza di disturbi psichici o neurologici? SI NO

Commenti: _____

11) PELLE

Vi è presenza di ittero o cianosi? SI NO

Commenti: _____

Eruzione, ulcerazione, cisti, tumore, varici o edemi? SI NO

Commenti: _____

Linfoadenopatia? SI NO

Commenti: _____

Cicatrici, tatuaggi? SI NO

Commenti: _____

Tofo, xantoma? SI NO

Commenti: _____

12) SCHELETRO

Ci sono malattie delle ossa, delle articolazioni, dei dischi intervertebrali?

SI NO

Commenti: _____

13) APPARATO SENSORIALE

Vi è una malattia degli occhi?

SI NO

Bilaterale? _____

Acuità visiva

Prima della correzione OD _____ /10 OS _____ /10

Dopo la correzione OD _____ /10 OS _____ /10

Vi è una malattia dell'apparato uditivo?

SI NO

Commenti: _____

14) Ci sono ripercussioni dello stato di salute sulle attività professionali o altro dell'Assicurato?

SI NO

Commenti: _____

15) CONCLUSIONI

Emette riserve sulla longevità della persona da assicurare?

SI NO

Commenti: _____

Ritiene che vi sono rischi di invalidità o di incapacità parziale o totale?

SI NO

Commenti: _____

Lo stato di salute dell'Assicurato può essere considerato: Buono Mediocre Sfavorevole

Osservazioni particolari e suggerimenti del medico

L'Assicurato dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, Aziende sanitarie, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, acconsentendo, in particolare, che queste siano rese note ai fini della valutazione della pratica.

 (Luogo e data)

 FIRMA DELL'ASSICURATO

Io sottoscritto/a certifico che l'Assicurato ha apposto la sua firma di sopra a lato dopo un controllo della sua identità.

 (Luogo e data)

 FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO ESAMINATORE