

## QUESTIONARIO SANITARIO DI II LIVELLO

Il presente questionario deve essere redatto personalmente dall'Assistito o, se minore, dalla persona esercente la potestà, anche con il supporto del medico curante.

### SEZIONE A - DATI RELATIVI ALL'ASSISTITO

Cognome e Nome dell'Assicurato: \_\_\_\_\_

Via/Piazza: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_ Pressione arteriosa: Min.: \_\_\_\_\_ Max.: \_\_\_\_\_

Attività lavorativa principale (e secondaria): \_\_\_\_\_

### SEZIONE B - NOTIZIE SU FAMIGLIARI DELL'ASSISTITO

<i>Viventi</i>	<i>Eventuali patologie in atto</i>	<i>Deceduti</i>	<i>Età decesso</i>	<i>Causa decesso</i>
Padre: _____	_____	Padre: _____	_____	_____
Madre: _____	_____	Madre: _____	_____	_____
Fratelli/Sorelle n° _____	_____	Fratelli/Sorelle n° _____	_____	_____
Figli n° _____	_____	Figli n° _____	_____	_____

### SEZIONE C - NOTIZIE SU PRECEDENTI ASSICURATIVI

1. Le è mai stata riconosciuta da  NO  SI quando e perché  
Società di assicurazione una \_\_\_\_\_  
invalidità permanente o una \_\_\_\_\_  
Inabilità temporanea? \_\_\_\_\_  
- sulla base della polizza infortuni   
- a titolo di responsabilità civile
2. Fruisce di pensione di Invalidità o ha  NO  SI  per infortuni sul lavoro  per malattie professionali  
presentato domanda per ottenerla?  altro
- 2.1 Gode della qualifica di invalido civile?  NO  SI Specificare: (percentuale di invalidità, anno, infermità, ente erogatore) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3 Ha in corso altre polizze per  NO  SI \_\_\_\_\_  
assicurazioni malattia, infortunio o vita? \_\_\_\_\_  
Con quale Società di assicurazione? \_\_\_\_\_

<b>3.1</b>	Ne ha avute precedentemente? Con quale Società di assicurazione? Per quale motivo sono state annullate?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____ _____ _____
<b>3.2</b>	E' mai stata rifiutata od accettata a condizioni speciali da parte di un'altra Società di assicurazione una sua richiesta di polizza malattia, infortunio o vita? Quale Società di assicurazione?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	perché: _____ _____ _____ _____

**SEZIONE D - NOTIZIE GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSISTITO**

<b>1</b>	Soffre o ha sofferto in passato di malattie che abbiano comportato un ricovero ospedaliero (con o senza intervento chirurgico)? a) Se sì, quali e quando? b) Con degenza superiore a 8 giorni? c) Con postumi clinici permanenti?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____ _____ _____
<b>2</b>	Ha subito in passato infortuni che abbiano causato un ricovero ospedaliero (con o senza intervento chirurgico)? a) Se sì, quali e quando? b) Con degenza superiore a 8 giorni? c) Con postumi clinici permanenti?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____ _____ _____
<b>3</b>	Assume farmaci a scopo terapeutico in modo continuativo? a) Se sì, quale/i e per quale motivo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
<b>4</b>	Ha effettuato negli ultimi 3 anni accertamenti diagnostici che abbiano dato risultato patologico? a) Se sì, quali? b) Con quale esito?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____ _____

**SEZIONE E.1 - NOTIZIE DETTAGLIATE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSISTITO**

<b>1</b>	Negli ultimi 3 anni ha sofferto di malattie che abbiano comportato cure mediche o chirurgiche ed assenza dal lavoro per un periodo complessivo superiore a 3 mesi o per singoli periodi continuativi superiori a 15 giorni?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	se SI specificare la causa: _____ _____ _____
----------	---	---	--

o, alternativamente, spedito a mezzo posta all'indirizzo:  
Cassa Previmed - Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

2	Ha praticato negli ultimi 5 anni esami e/o accertamenti diagnostici?			Quando	Perché	Esito
	Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____	_____	_____
	Radiografie	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____	_____	_____
	Elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____	_____	_____
	Esami del sangue	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____	_____	_____
	Anti - HIV	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____	_____	_____
	HBsAg (epatite)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____	_____	_____
	Esami urine	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____	_____	_____
	Altri	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____	_____	_____
3	E' stato sottoposto a Radioterapia o Chemioterapia?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	specificare: (anno, tipo, durata, motivo) _____ _____ _____		
4	E' stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	motivo _____ _____		
5	Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quali, da quando e di che grado della vista: miopia <input type="checkbox"/> _____ astigmatismo <input type="checkbox"/> _____ altri <input type="checkbox"/> _____ dell'udito <input type="checkbox"/> _____ degli arti <input type="checkbox"/> _____ altri <input type="checkbox"/> _____		
6	Ha subito traumi o lesioni accidentali?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quali e da quando del cranio <input type="checkbox"/> _____ degli organi di senso <input type="checkbox"/> _____ degli arti <input type="checkbox"/> _____ di altre localizzazioni <input type="checkbox"/> _____		
7	Fa uso:					
	a) di tabacco?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	quanto e da quando? _____		
	b) di alcolici?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	quanto e da quando? _____		

**Segue E.1**

8 Ha mai fatto o fa uso di sostanze  NO  SI tipo di sostanza assunta e da quanto tempo: \_\_\_\_\_

o, alternativamente, spedito a mezzo posta all'indirizzo:  
Cassa Previmed - Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

stupefacenti? \_\_\_\_\_

**9** PER UOMINI  
E' stato riformato alla visita per il servizio militare?  NO  SI motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10** PER DONNE  
a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali o malattie delle mammelle?  NO  SI quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) è incinta?  NO  SI mese di gravidanza \_\_\_\_\_

c) precedenti gravidanze  NO  SI quante? \_\_\_\_\_  
aborti  quanti? \_\_\_\_\_ parti cesarei  quanti? \_\_\_\_\_  
parti prematuri  quanti? \_\_\_\_\_ figli  quanti? \_\_\_\_\_

### SEZIONE E.2

**1** Ha sofferto o soffre di malattie:

a) infettive?  NO  SI quando, tipo e durata: \_\_\_\_\_

b) dell'apparato respiratorio?  NO  SI  asma  bronchite  enfisema  pleurite  tbc  tumori  
 altre malattie  
Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) dell'apparato cardiocircolatorio?  NO  SI  infarto  angina pectoris  ipertensione  valvulopatie  
 varici degli arti inferiori  altre malattie  
Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) dell'apparato digerente?  NO  SI  ulcera gastruodenale  colite ulcerosa  epatite virale  
 cirrosi epatica  calcolosi biliare  emorroidi  tumori  
 altre malattie  
Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) dell'apparato urogenitale?  NO  SI  nefriti  calcolosi  insufficienza renale  prostata  
 ovaio  utero  tumori  altre malattie  
Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Segue E.2

f) dell'apparato osteoarticolare?  NO  SI  artriti  artrosi  ernia disco  gotta  tumori  
 altre malattie  
Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza durata e la

o, alternativamente, spedito a mezzo posta all'indirizzo:  
Cassa Previmed - Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

sede: \_\_\_\_\_

g) del sistema nervoso o della psiche?

NO  SI

morbo di Parkinson  demenza  epilessia  tumori  
 altre malattie o disturbi

Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: \_\_\_\_\_

h) del sistema endocrino?

NO  SI

della tiroide  del surrene  di altre ghiandole  
 altre malattie o disturbi

Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: \_\_\_\_\_

i) metaboliche?

NO  SI

diabete  dislipidemia  iperuricemia  altre malattie

Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: \_\_\_\_\_

l) del sangue?

NO  SI

anemie  leucemie  altre malattie o disturbi

Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: \_\_\_\_\_

m) del connettivo

NO  SI

connettivite mista  lupus eritematoso sistemico (LES)  
 poliarterite nodosa  sclerodermia  altre malattie o disturbi

Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: \_\_\_\_\_

n) della pelle?

NO  SI

o) ernie?

NO  SI

p) altre malattie o disturbi?

NO  SI

## 2 ULTERIORI CONSIDERAZIONI

Il sottoscrittore dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte a tutte le domande del presente questionario sono veritiere e che non ha taciuto, ommesso od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. L'Assistito inoltre:

- riconosce che le notizie ed i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte di Cassa Previmed;
- proscioglie dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere nonché autorizza gli Enti Sanitari, Istituti in genere pubblici e privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;
- si impegna altresì a fornire, a richiesta di Cassa Previmed o da chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio;
- dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del Reg UE 2016/679 (GDPR) e con la sottoscrizione del presente questionario esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, effettuato da Cassa Previmed, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa Privacy e al trattamento da parte di questi ultimi.

LETTO ED APPROVATO SPECIFICATAMENTE

FIRMA DELL'ASSITITO o, se minore ,  
Firma di chi ne esercita la potestà

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_