

## QUESTIONARIO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Proponente \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

Notizie sullo stato di salute dell'Assicurando:

- a) Esonero dal servizio di leva  SI  Motivi \_\_\_\_\_  NO
- b) Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ Pressione arteriosa abituale \_\_\_\_\_
- c) Fumo – n° sigarette al giorno \_\_\_\_\_
- d) Farmaci di uso abituale \_\_\_\_\_
- e) È stato ricoverato in ospedale o casa di cura? Quale \_\_\_\_\_  
Quando? \_\_\_\_\_ Diagnosi accertata ed eventuale intervento chirurgico \_\_\_\_\_
- f) Ha eseguito negli ultimi due anni:
- Accertamenti Radiologici? \_\_\_\_\_ Sintesi dell'Esame \_\_\_\_\_
  - Elettrocardiogramma? \_\_\_\_\_ Sintesi dell'Esame \_\_\_\_\_
  - Elettroencefalogramma? \_\_\_\_\_ Sintesi dell'Esame \_\_\_\_\_
  - Esame del fondo dell'occhio? \_\_\_\_\_ Sintesi dell'Esame \_\_\_\_\_
- g) Si è sottoposto a visite mediche negli ultimi sei mesi? \_\_\_\_\_  
Quali diagnosi sono state formulate? \_\_\_\_\_
- h) Negli ultimi cinque anni ha dovuto interrompere per ragioni di salute la sua abituale attività lavorativa per oltre quattro settimane consecutive? \_\_\_\_\_
- i) Di quali malattie ha sofferto o soffre attualmente (specificare le malattie):
- Malattie infettive (escluse quelle infantili) \_\_\_\_\_
  - Malattie osteoarticolari \_\_\_\_\_
  - Malattie dell'apparato respiratorio \_\_\_\_\_
  - Malattie dell'apparato circolatorio \_\_\_\_\_
  - Malattie del sangue \_\_\_\_\_
  - Malattie dell'apparato digerente \_\_\_\_\_
  - Malattie dell'apparato urinario \_\_\_\_\_
  - Malattie del sistema endocrino \_\_\_\_\_
  - Malattie del sistema nervoso \_\_\_\_\_
  - Malattie degli organi di senso \_\_\_\_\_
  - Altre eventuali \_\_\_\_\_

Il sottoscritto conferma di non essere a conoscenza di altri stati patologici diversi da quanto indicato e che dati, circostanze e dichiarazioni contenute nel presente sono conformi a verità .

Si consente l'uso della del presente ai sensi della legge 675/96

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_