

RELAZIONE DEL MEDICO

Dott. _____

Cognome e nome dell'Assicurato _____

Età _____ Professione _____ Stato Civile _____

Luogo del decesso _____ (prov. di _____)

Data della morte _____ Ora _____

EVENTO CHE CONDUSSE A MORTE L'ASSICURATO:

- accidente terminale: _____

- in caso di decesso dovuto a malattia, diagnosi della malattia iniziale e data di insorgenza

- successioni morbose: _____

- Quando ha cominciato a curare l'Assicurato nell'ultima malattia? _____

BREVE STORIA CLINICA DELL'ASSICURATO (da compilare sia in caso di decesso per malattia sia in caso di decesso per infortunio):

- anamnesi personale remota con data di insorgenza delle eventuali patologie pregresse ed eventuale terapia farmacologica

- anamnesi personale recente, con indicazione della data di insorgenza della malattia _____

- sintomatologia all'inizio della malattia _____

- decorso della malattia _____

- esami speciali eseguiti durante il decorso (*indicare le date, ed i risultati ottenuti*)

- periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (*indicare date e strutture sanitarie*)

- è stato eseguito esame autoptico? Con quale esito? _____

- Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere a migliore illustrazione del caso clinico? _____

Luogo e data _____

IL MEDICO CURANTE

Timbro e firma _____

Domicilio _____