

**QUESTIONARIO SANITARIO**

<b>Cognome e Nome</b>			
<b>Nato a</b>		il	gg/mm/aaaa
<b>Codice fiscale</b>			
<b>Residente in (via, piazza, ecc.)</b>		c.a.p.	
<b>Città e provincia</b>		Nazione	
<b>Indirizzo e-mail</b>		n. cellulare	
<b>Peso (kg.)</b>		<b>Altezza (m.)</b>	

Il sottoscritto Assicurando dichiara che le risposte alle seguenti domande sulla propria persona sono veritiere, esatte e complete:

1	È in attesa di ricovero (anche per parto) o intervento chirurgico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2	<p>Ha già subito un intervento, ricevuto una diagnosi o è in attesa degli esiti di esami, cure o trattamenti in merito a una o più delle seguenti malattie/disturbi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma?</li> <li>• malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris?</li> <li>• malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale?</li> <li>• broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria, polmonite richiedente ricovero?</li> <li>• epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali ad esempio il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa?</li> <li>• nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere?</li> <li>• diabete (tipo 1 e 2)?</li> <li>• morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3	È a conoscenza di soffrire di ipercolesterolemia, ipo/ipertiroidismo, ipertensione arteriosa non controllate da terapia/farmaci?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4	È stato riconosciuto invalido civile o invalido sul lavoro oppure beneficia di una qualsiasi pensione di invalidità o ha fatto domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO