

A.F.A.C.
ASSOCIAZIONE FUNZIONARI
AVIAZIONE CIVILE

Questionario anamnestico

Nome e Cognome: _____ M F

Data di nascita _____ Peso: Kg. _____ Altezza: cm. _____

Professione _____

Uomo: idoneo al servizio militare SI NO Se NO motivo: _____

Donna: Gravidanze N. _____ Parti N. _____ di cui cesarei N. _____ Aborti N. _____

**Accertamenti
diagnostici effettuati
negli ultimi 5 anni**

	SI	NO	Data	Motivo	Risultato
a) Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
b) Ecocardiogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
c) Elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
d) Ecografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
e) Esami del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
f) Endoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
g) Test HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
h) Markers epatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
i) Mammografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
l) TAC-RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

**Anamnesi
patologica**

A Traumi: Sede anatomica colpita _____ Data: _____ SI NO

Terapia praticata _____ Data: _____

Conseguenze/Postumi _____ Data: _____ SI NO

Ricoveri pregressi anche in regime di Day Hospital: _____ Data: _____ SI NO

diagnosi: _____ Data: _____

Diagnosi: _____ Data: _____

Interventi chirurgici subiti: _____ Data: _____

Interventi chirurgici subiti: _____ Data: _____

Protesi applicate (escluse le dentarie): _____ Data: _____ SI NO

B E' stato sottoposto ad emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati ? In caso positivo indicare: data, motivo ed esito: _____ SI NO

C Ha sofferto recentemente, o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento di linfoghiandole, malattie della pelle ? In caso positivo indicare: data e natura dei disturbi: _____ SI NO

D Ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato respiratorio? _____ SI NO

Patologie	Data	Patologie	Data
a) Broncopneumopatie croniche	<input type="checkbox"/> _____	e) Tumori	<input type="checkbox"/> _____
b) Broncopneumopatie acute	<input type="checkbox"/> _____	f) Altre:	<input type="checkbox"/> _____
c) Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> _____		
d) Enfisema	<input type="checkbox"/> _____		

Segue - Questionario anamnestico

E Ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato cardiocircolatorio? SI NO

Patologie	Data	Patologie	Data
a) Ipertensione	<input type="checkbox"/> _____	g) Varici	<input type="checkbox"/> _____
b) Aritmie	<input type="checkbox"/> _____	h) Tromboflebiti	<input type="checkbox"/> _____
c) Cardiopatia ischemica / Infarto	<input type="checkbox"/> _____	i) Altre :	<input type="checkbox"/> _____
d) Ictus	<input type="checkbox"/> _____		
e) Vizi valvolari	<input type="checkbox"/> _____		
f) Aneurismi	<input type="checkbox"/> _____		

F Ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato digerente? SI NO

Patologie	Data	Patologie	Data
a) Esofagite	<input type="checkbox"/> _____	g) Patologie ano-rettali	<input type="checkbox"/> _____
b) Ernia iatale	<input type="checkbox"/> _____	h) Epatite acuta	<input type="checkbox"/> _____
c) Diverticolosi colica	<input type="checkbox"/> _____	i) Calcolosi epato-biliare	<input type="checkbox"/> _____
d) Ernie della parete addominale	<input type="checkbox"/> _____	l) Tumori	<input type="checkbox"/> _____
e) Cirrosi epatica	<input type="checkbox"/> _____	m) Altre:	<input type="checkbox"/> _____
f) Pancreatite	<input type="checkbox"/> _____		

G Ha sofferto o soffre di malattie del sistema nervoso ed organi di senso? SI NO

Patologie	Data	Patologie	Data
a) Cefalea	<input type="checkbox"/> _____	f) Nevrosi / Sindromi ansioso-depressive	<input type="checkbox"/> _____
b) Epilessia	<input type="checkbox"/> _____	g) Disrofie muscolari / miastenia	<input type="checkbox"/> _____
c) Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/> _____	h) Tumori	<input type="checkbox"/> _____
d) Sclerosi a placche	<input type="checkbox"/> _____	i) Altre:	<input type="checkbox"/> _____
e) Sclerosi multipla	<input type="checkbox"/> _____		

H Ha sofferto o soffre di malattie del sistema endocrino? SI NO

Patologie	Data	Patologie	Data
a) Diabete mellito	<input type="checkbox"/> _____	e) Tumori	<input type="checkbox"/> _____
b) Malattie dell'ipofisi	<input type="checkbox"/> _____	f) Altre :	<input type="checkbox"/> _____
c) Malattie del surrene	<input type="checkbox"/> _____		
d) Patologie della tiroide	<input type="checkbox"/> _____		

I Ha sofferto o soffre di malattie del sistema urogenitale? SI NO

Patologie	Data	Patologie	Data
a) Nefriti / Glomerulonefriti	<input type="checkbox"/> _____	g) Cisti ovariche	<input type="checkbox"/> _____
b) Nefrosi	<input type="checkbox"/> _____	h) Varicocele / Idroccele	<input type="checkbox"/> _____
c) Calcolosi delle vie urinarie	<input type="checkbox"/> _____	i) Malattie della prostata	<input type="checkbox"/> _____
d) Malattie o malformazioni renali	<input type="checkbox"/> _____	l) Malattie della mammella	<input type="checkbox"/> _____
e) Prolasso uterino	<input type="checkbox"/> _____	m) Tumori	<input type="checkbox"/> _____
f) Miomi, fibromiomi uterini	<input type="checkbox"/> _____	n) Altre:	<input type="checkbox"/> _____

L Ha sofferto o soffre di malattie del sangue? SI NO

Patologie	Data	Patologie	Data
a) Anemie	<input type="checkbox"/> _____	e) Altre:	<input type="checkbox"/> _____
b) Emofilia	<input type="checkbox"/> _____		
c) Tumori, leucemie, linfomi	<input type="checkbox"/> _____		

Segue - Questionario anamnestico

M Ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato osteo-articolare ? SI NO

Patologie	Data	Patologie	Data
a) Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/> _____	e) Tumori	<input type="checkbox"/> _____
b) Artrosi	<input type="checkbox"/> _____	f) Altre :	<input type="checkbox"/> _____
c) Scoliosi	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
d) Ernia del disco	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

N Ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato visivo e/o uditivo ? SI NO

Patologie	Data	Patologie	Data
a) Vizi di rifrazione (miopia, presbiopia, astigmatismo)	<input type="checkbox"/> _____	f) Otitis	<input type="checkbox"/> _____
b) Glaucoma	<input type="checkbox"/> _____	g) Deficit udito	<input type="checkbox"/> _____
c) Cataratta	<input type="checkbox"/> _____	h) Altre:	<input type="checkbox"/> _____
d) Malattie della retina	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
e) Otosclerosi	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

O E' portatore di imperfezioni fisiche o funzionali ? A carico di quale apparato ? SI NO

P Sta attualmente seguendo cure mediche ? Quali farmaci assume ? E con quale posologia ? SI NO

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui alla vigente Normativa Privacy, acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Il Sottoscritto è inoltre consapevole che le informazioni ed i dati, come sopra richiesti, costituiscono elementi essenziali per la valutazione del rischio da parte della Società e che dunque l'assoluta veridicità ed esattezza delle risposte date anche se materialmente scritte da altri costituiscono, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C., presupposto fondamentale per la validità ed efficacia del contratto d'assicurazione.

L'Assicurato
(o il Suo Rappresentante legale)

Data : _____

Il Sottoscritto autorizza, inoltre, la Società ad eventualmente richiedere ai Medici curanti, Ospedali, Cliniche od altri Istituti, copie di certificati, cartelle cliniche e qualsiasi altro documento relativo al suo stato di salute, dispensando ora per allora detti Medici, Ospedali, ecc. da ogni obbligo di riservatezza o di segreto professionale.

L'Assicurato
(o il Suo Rappresentante legale)

Data : _____

La presentazione del questionario - debitamente sottoscritto - non impegna alla stipulazione della polizza di assicurazione. Qualora la polizza sia emessa, le dichiarazioni rese nel questionario saranno prese a fondamento del contratto e formeranno parte integrante del medesimo.

L'Assicurato
(o il Suo Rappresentante legale)

Data : _____