

MODULO STATO DI SALUTE

**DA COMPILARE - IN CASO DI RICOVERO - DA PARTE DEL MEDICO
CURANTE/SPECIALISTA E ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI RIMBORSO**
**ATTENZIONE: il presente Modulo non sostituisce la prescrizione che il
Medico dovrà produrre separatamente**

DATI DEL MEDICO	
Cognome _____	Nome _____
Specializzazione _____	
Tel.: _____	Fax.: _____

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE

TITOLARE O ASSISTITO: _____

OSPEDALE O CASA DI CURA: _____

Intervento Ambulatoriale **Day Hospital con/senza intervento** **Ricovero con/senza intervento**

Data prevista di ingresso ____/____/____ Giorni di ricovero previsti s.c. _____

Diagnosi: _____

Terapia medica **Terapia chirurgica** **Accertamenti diagnostici**

Specificare nel dettaglio la terapia medica o chirurgica o gli accertamenti diagnostici previsti:

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

A) Il paziente ha subito altri trattamenti chirurgici o altri ricoveri? **SI** **NO**

Se SI specificare data, eventuale trattamento medico e/o chirurgico, esiti, diagnosi.

B) Il paziente ha sofferto o soffre di altre malattie? **SI** **NO**

Mod. 08.5 – AB Rev. 3 del 12/07/2019 – Mod CK2 Privacy Rev. 0 del 12/07/2019

Health Assistance S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

Se SI specificare data inizio malattia, terapia, esiti, diagnosi.

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Notizie sulla patologia oggetto della prestazione da eseguire specificando data insorgenza della patologia e/o della sintomatologia, gli eventuali esami già eseguiti con referti e le eventuali terapie mediche, farmacologiche, chirurgiche eseguite:

Data ____/____/____

Firma timbro Medico _____

Firma del Titolare o
dell'Assistito maggiorenne
(se diverso dal Titolare) _____

Informativa Privacy

Gentile Interessato, Le ricordiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avviene in base al consenso da Lei già manifestato in relazione all'informativa resa al momento della Sua richiesta di presa in carico ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016. La società Health Assistance Società Cooperativa opera quale Responsabile del Trattamento, delegato da Titolari autonomi (Mutue, Casse, Fondi di Assistenza, Compagnie di Assicurazione). Qualora lo desideri, potrà consultare nuovamente l'informativa estesa presente sul sito internet istituzionale, nonché nella Sua Area riservata (accesso con credenziali da sito www.healthassistance.it – Area Riservata Assistiti) nella sezione "Documenti".

Mod. 08.5 – AB Rev. 3 del 12/07/2019 – Mod CK2 Privacy Rev. 0 del 12/07/2019

Health Assistance S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com