# Rapporto medico all'attenzione del medico di fiducia di ÖKK

## A. Informazioni sulla/sul paziente

Nome: Cognome:

Data di nascita: Professione:

Via e numero: NPA e località:

## B. Domande sullo stato di salute

Periodo di osservazione medica (dal/al):

Data ultimo controllo:

1. Diagnosi:

2. Anamnesi familiare?

☐ sì ☐ no

Se sì, quale

3. Malattie/infortuni/operazioni precedenti?

☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

4. Consumo di alcol e nicotina?

☐ sì ☐ no

Se sì, in che misura?

ÖKK3078i/04.22

**ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG**
Verifica domande assicurative, Dr. med. Kornel Bay, medico consulente
Bahnhofstrasse 13, casella postale, 7302 Landquart
antragspruefung@oekk.ch, T 058 456 10 28, F 058 456 10 19

**L'assicurazione grigionese autentica.**

ÖKK

Assunzione di farmaci?

☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

Consumo di droghe?

☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

5. Referti importanti (con data di rilevamento):

Altezza: Peso:

Pressione sanguigna: Polso/qualità del polso:

Referto ECG: Dati di laboratorio:

Altri referti importanti:

6. Da quando è/sono presente/i il/i disturbo/i?

7. Da quando la persona in malattia è a conoscenza di tale/i disturbo/i?

8. Sono già stati effettuati trattamenti?

☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

ÖKK3078i/04.22

**ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG**
Verifica domande assicurative, Dr. med. Kornel Bay, medico consulente
Bahnhofstrasse 13, casella postale, 7302 Landquart
antragspruefung@oekk.ch, T 058 456 10 28, F 058 456 10 19

**L'assicurazione grigionese autentica.**

Sono previsti trattamenti?

☐ sì ☐ no

Se sì, quali e quando?

È previsto un intervento chirurgico?

☐ sì ☐ no

Se sì, quale e quando?

9. Sussisteva o sussiste un'incapacità lavorativa?

☐ sì ☐ no

Se sì, specificarne durata e grado.

| | | |
|---|---|---|
| dal: | al: | Grado in %: |
| dal: | al: | Grado in %: |
| dal: | al: | Grado in %: |
| dal: | al: | Grado in %: |
| dal: | al: | Grado in %: |
| dal: | al: | Grado in %: |
| dal: | al: | Grado in %: |
| dal: | al: | Grado in %: |

10. Prognosi concernente ...

... decorso della malattia:

... conclusione del trattamento:

... deficit funzionali durevoli:

ÖKK3078i/04.22

**ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG**
Verifica domande assicurative, Dr. med. Kornel Bay, medico consulente
Bahnhofstrasse 13, casella postale, 7302 Landquart
antragspruefung@oekk.ch, T 058 456 10 28, F 058 456 10 19

**L'assicurazione grigionese autentica.**
ÖKK

... incapacità lavorativa durevole:

... rischio di invalidità:

... degenza stazionaria:

11. È a conoscenza di altri rischi per la salute che non si possono desumere chiaramente dalle risposte date sopra?

☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

12. Osservazioni/aggiunte:

Luogo e data: Firma:

Costi per il rapporto in CHF: (Si prega di allegare la polizza di versamento.)

La preghiamo di inviare il modulo all'indirizzo sottostante.

ÖKK3078i/04.22

**ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG**
Verifica domande assicurative, Dr. med. Kornel Bay, medico consulente
Bahnhofstrasse 13, casella postale, 7302 Landquart
antragspruefung@oekk.ch, T 058 456 10 28, F 058 456 10 19

**L'assicurazione grigionese autentica.**

ÖKK