

STATO DI SALUTE DELL'ADERENTE E DEI SUOI FAMILIARI

Per l'erogazione dell'assistenza sanitaria, il sottoscritto segnala la composizione del proprio nucleo familiare (come definito all'art.1 del Regolamento Galeno Family) dichiarando che nessun componente gode di pensione di invalidità o inabilità, né si trova nelle condizioni fisiche per ottenerle. Il sottoscritto, sotto la sua responsabilità, dichiara:

ADERENTE	CONIUGE (legale o di fatto)	FIGLIO/A	FIGLIO/A	FIGLIO/A
Cognome e nome				
Peso e altezza Circonferenza dell'addome				
P.A. Max. e Min. Frequenza cardiaca a riposo				
di essere sofferente di dislipidemia o diabete o di ipertensione arteriosa	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
di essere portatore di malattie e/o malformazioni congenite e/o acquisite acute o croniche	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
di essere stato sottoposto ad interventi chirurgici (per le donne: compreso parto cesareo)	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
di aver subito lesioni traumatiche	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
di aver fatto o fare uso continuativo di farmaci	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
di essere fumatore e se si di quante sigarette al giorno	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
di essere affetto da patologie famigliare	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
di essere affetto da malattie allergiche	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

In caso anche di una sola risposta affermativa per se stesso e/o per un componente della famiglia, l'aderente dovrà compilare la scheda **Certificazione sanitaria (allegato 2)**.

Il sottoscritto dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono aver curato e/o visitato lui stesso o un membro della sua famiglia, nonché le altre persone, ospedali, case di cura e istituti in genere alle quali la Cassa e/o la Società di assicurazione ritenessero in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsente che tali informazioni siano comunicate dalla Cassa o da chi per essa ad altre persone od Enti per le necessità assicurative, riassicurative, tecniche e statistiche.

Il sottoscritto dichiara che le notizie relative ai famigliari sono state comunicate direttamente dai singoli interessati e di averne personalmente controllato l'esattezza. Conferma inoltre di non aver alterato od omesso alcuna circostanza connessa alle domande esposte. Dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile e che, in quanto sanitario/medico chirurgo, assume una particolare responsabilità per quanto attiene la completezza e la veridicità delle dichiarazioni rese.

Letto e approvato specificatamente tutto quanto sopra.

Data

Firma