

RAPPORTO DI VISITA MEDICA PER DICHIARAZIONE DI SINISTRO GARANZIA "LONG TERM CARE"

Questo documento deve essere compilato dal Medico curante o dal Capo Reparto dell'ospedale o della casa di cura.

Il Medico voglia redigere il presente modulo con attenzione, riportando tutte le informazioni in modo particolareggiato e leggibile, così che possano favorire una chiara e completa indicazione delle reali condizioni di salute dell'Assicurato.

Nella compilazione del presente Modulo, si richiama, in particolare, quanto previsto dalla Legge n. 193 del 07/12/2023 recante "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche"; pertanto, nella compilazione, non dovranno essere fornite informazioni relative allo stato di salute dell'Assicurato concernenti patologie oncologiche, il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni dalla data di decesso (il termine è ridotto a 5 anni se la patologia oncologica sia insorta prima del compimento del 21-esimo anno di età dell'Assicurato).

La visita medica è eseguita da:

dal Dott. _____

residente a: _____

in: Via/Piazza _____

Riferimenti telefonici: _____

Riferimenti e-mail: _____

DICHIARAZIONE DI SINISTRO - GARANZIA LONG TERM CARE

COGNOME e NOME:

DATA E LUOGO DI NASCITA (Provincia, Città):

INDIRIZZO:

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'AFFEZIONE

Diagnosi particolareggiata:
.....
.....
.....
.....
.....

... L'assicurato è affetto da demenza invalidante (ad esempio, malattia di Alzheimer)? ^ SI ^ NO

L'invalidità è assoluta e definitiva? ^ SI ^ NO

Da quando?

Data d'insorgenza della malattia:

INFORMAZIONI RELATIVE ALLE AZIONI QUOTIDIANE

1. Lavarsi

Il Paziente necessita di assistenza per lavarsi? ☐ SI ☐ NO (in caso di risposta NO, passare al punto successivo)**Barrare una delle caselle che descrive in maniera appropriata la necessità di assistenza.**

- ☐ Ha bisogno di assistenza per lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia
- ☐ Ha bisogno di assistenza per entrare e uscire dalla vasca da bagno o dalla doccia
- ☐ Ha bisogno di assistenza per lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti)

Fornisca per cortesia dettagli sul tipo di assistenza richiesta se non è descritta in maniera esaustiva in una delle caselle da Lei barrate (compresa qualsiasi attrezzatura speciale richiesta)

2. Nutrirsi

Il Paziente necessita di assistenza per nutrirsi ? ☐ SI ☐ NO (in caso di risposta NO, passare al punto successivo)**Barrare una delle caselle che descrive in maniera appropriata la necessità di assistenza.**

- ☐ Il Paziente necessita di assistenza per bere usando un bicchiere
- ☐ Il Paziente necessita di assistenza per mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto

Fornisca per cortesia dettagli sul tipo di assistenza richiesta se non è descritta in maniera esaustiva in una delle caselle da Lei barrate (compresa qualsiasi attrezzatura speciale richiesta)

3. Andare in bagno**Il Paziente necessita di assistenza per andare in bagno?** ☐SI ☐NO in caso di risposta NO, passare al punto successivo)**Barrare una delle caselle che descrive in maniera appropriata la necessità di assistenza.**

- ☐ Ha bisogno di assistenza per controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare)
- ☐ Ha bisogno di assistenza per mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici

Fornisca per cortesia dettagli sul tipo di assistenza richiesta se non è descritta in maniera esaustiva in una delle caselle da Lei barrate (compresa qualsiasi attrezzatura speciale richiesta)

4. Muoversi**Il Paziente necessita di assistenza per muoversi?** ☐SI ☐NO in caso di risposta NO, passare al punto successivo)**Barrare una delle caselle che descrive in maniera appropriata la necessità di assistenza.**

- ☐ Ha bisogno di assistenza per muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano
- ☐ per muoversi necessità dell'ausilio di attrezzature tecniche

Fornisca per cortesia dettagli sul tipo di assistenza richiesta se non è descritta in maniera esaustiva in una delle caselle da Lei barrate (compresa qualsiasi attrezzatura speciale richiesta)

5. Spostarsi**Il Paziente necessita di assistenza per spostarsi?** ☐SI ☐NO)**Barrare una delle caselle che descrive in maniera appropriata la necessità di assistenza, specificando eventuali ausili.**

- ☐ Ha bisogno di assistenza per sedersi e alzarsi da una sedia
- ☐ Ha bisogno di assistenza per coricarsi e alzarsi dal letto
- ☐ Ha bisogno di assistenza per spostarsi da una sedia al letto e viceversa

Fornisca per cortesia dettagli sul tipo di assistenza richiesta se non è descritta in maniera esaustiva in una delle caselle da Lei barrate (compresa qualsiasi attrezzatura speciale richiesta)

6. Indicare chi fornisce attualmente l'assistenza di cui necessita il paziente

Luogo, data 20....

Firma e timbro del Medico