

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE / SPECIALISTA

eseguita dal Dott. _____

in merito alla causa che determinò lo stato di **non-autosufficienza** dell'Assicurato/a

Signor/a _____

avvenuta in data _____ alle ore _____ luogo _____

Al fine di permetterci di completare tempestivamente la valutazione del sinistro, La preghiamo gentilmente di voler rispondere in maniera chiara ed esauriente a tutte le domande, scrivendo possibilmente in stampatello. L'Assicurato, sottoscrivendo la Polizza di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.

Causa della non autosufficienza	
Malattia:	
Diagnosi della malattia iniziale e data di insorgenza:	_____ _____ _____
Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti:	_____ _____
Infortunio	
Esatta descrizione della lesione, tipo e sede anatomica:	_____ _____ _____ _____
Causa diretta della lesione iniziale e data d'insorgenza:	_____ _____
N.B. Qualora lo stato di non autosufficienza sia dovuta a deficit cognitivo, malattia di Alzheimer o Parkinson è necessario sia certificata da un neurologo e/o geriatra mediante test quali Mini-Mental State Examination (MMSE, Test di Folstein)	
1) Lei è il medico abituale dell'Assicurato?	<p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare da quando _____ e fornire dettagli su visite da Lei effettuate in merito a patologie o lesioni di rilievo:</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Nel caso non fosse il medico abituale dell'Assicurato si prega di fornire, se ne è a conoscenza, nome e indirizzo del medico abituale</p> <p>_____ _____</p>

2) La preghiamo di fornire dettagli in merito alla capacità dell'assicurato a svolgere le seguenti attività della vita quotidiana come di seguito definite:

Attività	Richiede assistenza continua (oltre il 50% del tempo)?
Lavarsi (la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia – e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> data dalla quale richiede assistenza costante: _____/_____/_____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
Vestirsi e svestirsi (la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> data dalla quale richiede assistenza costante: _____/_____/_____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
Andare al bagno e usarlo (la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale - ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> data dalla quale richiede assistenza costante: _____/_____/_____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
Spostarsi (la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> data dalla quale richiede assistenza costante: _____/_____/_____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
Continenza (la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mangiare ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> data dalla quale richiede assistenza costante: _____/_____/_____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
Alimentarsi (la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> data dalla quale richiede assistenza costante: _____/_____/_____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
3) L'Assicurato percepisce un assegno di accompagnamento o di invalidità o ha fatto domanda per ottenerlo?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in caso affermativo si prega di specificare tipo e da quale data percepisce l'assegno _____ _____ _____

Attività	Richiede assistenza continua (oltre il 50%del tempo)?
4) Attualmente l'Assicurato vive:	<input type="checkbox"/> - da solo (proprio domicilio) <input type="checkbox"/> - in casa di cura/ricovero per anziani <input type="checkbox"/> - con familiari <input type="checkbox"/> - altro (si prega di specificare) _____
5) Quando è stato consultato per la prima volta dall'Assicurato in merito all'ultima malattia/infortunio.	_____
6) Si prega di fornire dettagli completi in merito ai primi sintomi accusati con descrizioni e date	_____ _____ _____ _____
7) Quando ebbero inizio tali sintomi?	_____
8) Sono effettuati esami ematochimici, e/o strumentali e/o visite specialistiche, per la diagnosi della malattia?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in caso affermativo si prega di specificare quali visite, esami, etc., e le relative date ed esiti: _____ _____ _____
9) L'Assicurato è stato sottoposto a fisioterapia, riabilitazione etc. negli ultimi 5 anni?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in caso affermativo si prega di specificare dettagli: _____ _____ _____
10) L'Assicurato è stato ricoverato in Istituti di cura negli ultimi 5 anni?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in caso affermativo si prega di specificare, date, motivi dei ricoveri e dettagli di eventuali interventi chirurgici: _____ _____ _____ _____
11) Patologie pregresse	
11a) La malattia/l'infortunio era connessa/o a processi patologici o lesioni precedenti?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in caso affermativo si prega di specificare quali: _____ _____ _____
11b) È in grado di stabilire la data in cui si sono manifestate tali patologie/lesioni?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in caso affermativo si prega di specificare quale: _____ _____ _____

11) Patologie pregresse	
11c) Ritiene che tali patologie/lesioni, anteriori alla malattia/infortunio che causò la perdita dell'autosufficienza abbiano potuto esercitare qualche influenza su questa?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
11d) Ritiene che queste patologie/infortuni avrebbero potuto determinare, in un tempo più o meno lungo, la perdita di non-autosufficienza anche in assenza dell'ultima malattia o dell'ultimo infortunio sopraggiunto?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
12) L'Assicurato conosceva la natura della malattia causa della perdita di autosufficienza o quella delle malattie precedenti?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
13) Quali malattie o fattori di rischio risultano dalla anamnesi dell'Assicurato?	_____ _____ _____
14) Per quanto Le è dato di sapere, l'Assicurato:	
14a) fumava o ha mai fumato?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in caso affermativo si prega di specificare la quantità giornaliera _____. Qualora avesse smesso di fumare, potrebbe precisare da quando e per quale motivo _____
14b) faceva o ha mai fatto uso di alcoolici?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in caso affermativo si prega di specificarne il tipo e la quantità giornaliera _____
14c) faceva o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in caso affermativo si prega di specificare dettagli: _____ _____
14d) faceva o ha mai fatto uso di farmaci su base continuativa?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in caso affermativo si prega di specificare quali farmaci, il dosaggio, date e durate delle cure ed il motivo: _____ _____ _____
15) La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utile indicare:	_____ _____ _____ _____

Dichiaro di aver fornito le notizie che precedono in piena consapevolezza e con competenza.

Firma e timbro del medico

Luogo: _____, il _____