GENERALI

POLIZZA VITA LONG TERM CARE

CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (Modello 2)

Relazione del Medico Curante/Ospedaliero

Dott. _____

Attenzione: Si prega di scrivere molto CHIARO (possibilmente in stampatello), rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande, senza lasciare i campi in bianco, senza barrarli e senza usare abbreviazioni.

Cognome e Nome dell'Assicurato/a: _____ nato/a il _____

residente a _____ in via _____ prov._____

cap. _____ telefono _____

DOMANDE DELLA SOCIETA'		RISPOSTE DEL MEDICO	
1	a. E' il medico curante dell'assicurato? b. Da quando?	**1**	a. …… b. ……
2	a. A quando risale l'ultima visita all'assicurato? b. Quale ne è stata la causa?	**2**	a. …… b. ……
3	E' parente dell'Assicurato? Se si di quale grado?	**3**	……
4	a. L'assicurato ha sofferto in passato di malattie o disturbi clinicamente rilevanti? Se sì, quando? b. Quale ne fu la durata e la terapia praticata? c. Sono residuati postumi?	**4**	a. …… b. …… c. ……
5	a. L'assicurato è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	**5**	a. …… b. ……

6	a. E' a Sua conoscenza che l'assicurato abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	**6**	a. …… b. ……
7	a. L'assicurato ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni?	**7**	a. …… …… b. …… c. ……
8	Sono residuati sintomi o deficit funzionali?	**8**	……
9	a. L'assicurato, per i quadri patologici di cui sopra, ha seguito una terapia che comporta assunzione di farmaci? Se sì, che tipo di farmaci? b. Ne fa ancora uso? c. Vi è monitoraggio clinico-farmacologico? d. "Compliance" farmacologica del paziente: specificare dose, modalità e tempi di assunzione.	**9**	a. …… b. …… c. …… d. ……
10	Sono stati eseguiti accertamenti clinico-diagnostici che hanno evidenziato alterazioni dei parametri bio-umorali o semeiologici riferibili ad un utilizzo di sostanze xenobiotiche (alcool, sostanze stupefacenti, psicofarmaci)? Se si, specificare quali e quando.	**10**	…… …… ……
11	L'Assicurato ha mai avanzato richiesta di riconoscimento di invalidità/inabilità/handicap? Se si, indicare la data e l'esito dell'accertamento.	**11**	…… ……
12	L'assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo? Se no, da quando?	**12**	……
13	L'assicurato necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia? Se si, da quando?	**13**	……
14	L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza l'aiuto e la collaborazione di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3)? Se no, per ciascuna voce indicare, da quando: 1) andare al bagno? 2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (specificare quali) 3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno?	**14**	…… 1) …… 2) …… 3) ……

15	L'Assicurato necessita di assistenza continuativa per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)? Se si indicare per quali gruppi e da quando?	**15**	…… ……
16	L'Assicurato necessita di assistenza continuativa per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)? Se si, da quando?	**16**	…… ……
17	L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestisi in modo completamente autonomo? Se no, da quando?	**17**	…… ……
18	L'Assicurato è in grado, in modo autonomo, di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausiliari adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato? Se no, indicare da quando e quali indumenti speciali o ausiliari vengono utilizzati.	**18**	…… …… ……
19	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo? Se si, da quando?	**19**	…… ……
20	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo? Se si, da quando?	**20**	…… ……
21	L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti? Se no, da quando?	**21**	…… ……
22	a. L'Assicurato è capace, in modo autonomo, di bere usando un bicchiere e di mangiare cibo (preparato da altri) usando un piatto? Se no, per ciascuna inabilità, indicare da quando. b. L'Assicurato viene alimentato in maniera artificiale? Se si indicare da quando.	**22**	a…… …… …… b ……

23	L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie? Se si, per ciascuna voce, indicare da quando: 1) Sminuzzare/tagliare il cibo; 2) Sbucciare la frutta; 3) Aprire un contenitore/una scatola; 4) Versare bevande nel bicchiere	**23**	…… 1) …… 2) …… 3) …… 4) ……
24	L'Assicurato è capace di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare)? Se no, da quando?	**24**	…… ……
25	L'Assicurato è capace di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici? Se no, da quando?	**25**	…… ……
26	L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno? Se si, da quando?	**26**	…… ……
27	a. L'Assicurato è completamente incontinente? Se si, da quando? b. Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se si, quali e da quando?	**27**	a. …… b. …… ……
28	L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'assistenza di terzi? Se no indicare da quando e quali ausili/indumenti vengono utilizzati.	**28**	…… …… ……
29	L'Assicurato è in grado di muoversi da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche? Se no indicare da quando e quali attrezzature tecniche vengono utilizzate.	**29**	…… …… …… ……
30	L'Assicurato è ricoverato in ospedale/Casa di Cura/Casa di riposo? Se si, specificare il tipo di ricovero e da quando l'assicurato è ricoverato.	**30**	…… ……

31	L'Assicurato vive da solo?	**31**	…….
32	L'Assicurato vive con familiari? Altre persone?	**32**	…….
33	Dove vive l'Assicurato (appartamento, casa. ecc.) ? A che piano? C'è l' ascensore? Lo usa abitualmente?	**33**	…… …….
34	L'Assicurato presenta condizioni generali di salute Ottime, Buone o Scadenti?	**34**	…….
35	L'assicurato è in grado di: 1) Fare la spesa? 2) guidare l'automobile? 3) Fare le pulizie? 4) Maneggiare denaro? 5) Praticare i suoi hobbies? 6) Svolgere attività sportiva? 7) Seguire correttamente una terapia medica? 8) Telefonare?	**35**	1) SI NO 2) SI NO 3) SI NO 4) SI NO 5) SI NO 6) SI NO 7) SI NO 8) SI NO
36	Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, memoria, ricordi, ecc)? Specificare: 1. natura dell'affezione morbosa (organica o non organica) 2. tipo nosologico dell'affezione 3. entità dell'affezione con riferimento a tutte le funzioni cognitive e al loro grado di compromissione	**36**	…… …… 1. …… 2…… 3……
37	Quali prove cliniche sono state effettuate per determinare la perdita di capacità cognitiva?	**37**	…… …….
38	Quali indagini strumentali sono state effettuate (TAC cerebrale, RMN, elettroencefalogramma, PET-SPECT, potenziali evocati, ecc.)? Quali gli esiti delle stesse?	**38**	…… …… …… …….

39	L'Assicurato necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o ad una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere sé stesso o terzi da propri comportamenti e/o omissioni?	**39**	…… …… …… ……
40	Quali test sono stati eseguiti tra quelli validati a livello internazionale (WAIS, MMPI, Rorschach, Matrici di Raven, Mini Mental State Examination di Folstein)?	**40**	…… …… …… …… ……

Allegare relazioni cliniche, referti ed esiti degli esami richiamati e/o consultati per la compilazione del presente questionario.

Luogo e data _____

Il Medico Curante/Ospedaliero

(firma e timbro) _____

(domicilio) _____