GENERALI

POLIZZE VITA LONG TERM CARE

RELAZIONE MEDICA SULLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA PRESUMIBILMENTE PERMANENTE (Modello 1)

Nome e Cognome del Medico Curante/Ospedaliero _____

Nome e cognome dell'Assicurato _____

Luogo di nascita dell'Assicurato _____ data _____

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

E' Lei il medico abituale dell'Assicurato? _____

Se si, da quale epoca? _____

Se no, specificare il rapporto professionale che La lega all'Assicurato e da quale epoca.
_____

E' parente dell'Assicurato? Se sì, di quale grado? _____

ANAMNESI PERSONALE REMOTA – indicare eventuali **patologie e/o affezioni morbose pregresse** (difetti fisici, anomalie congenite, handicap e/o invalidità preesistenti) dell'Assicurato e le relative date di insorgenza e di conoscibilità.
Se l'Assicurato non ha mai sofferto di patologie degne di nota, evidenziare questa circostanza in modo esplicito, senza lasciare il campo in bianco e senza barrarlo.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ci sono state assenze lavorative per affezioni morbose? Se si, indicare la causa, l'epoca e la durata del quadro di inabilità.

_____

_____

_____

Quali altri medici hanno visitato l'Assicurato e a quali cure lo hanno sottoposto?

_____

_____

_____

_____

_____

Qual è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? Quando si è verificato (specificare la data della sua sopravvenienza)? Indicare altresì l'evoluzione dell'affezione che ha dato origine alla perdita di autosufficienza, l'eventuale necessità di assistenza continuativa da parte di terzi per l'espletamento delle attività ordinarie della vita quotidiana, il suo inizio e la sua durata.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ritiene che la perdita di autosufficienza dell'Assicurato possa considerarsi permanente?

Qual è stata la sintomatologia all'inizio dell'affezione e quale il suo decorso?

Quali esami sono stati eseguiti? Indicare: date, visite specialistiche, esiti dei laboratori di ricerca, risultati diagnostici, indagini strumentali e loro risultati.

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri: indicare le date di tutti i ricoveri e le relative durate, specificando per ciascuno di essi la data di ammissione e di dimissione ed il nome degli Ospedali e/o delle Cliniche private.

Durante tali ricoveri quali esami sono stati eseguiti? Con quale risultato?

Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate? (specificare le date delle relative diagnosi).

L'Assicurato ha mai avanzato richiesta di riconoscimento di invalidità/handicap grave? Se sì, quando?

_____

Per quale patologia/evento? Qual è stato l'esito dell'accertamento?

_____

_____

_____

_____

L'Assicurato beneficia di esenzioni ticket legate a invalidità e/o patologie dallo stesso sofferte? Se sì, indicare il tipo di esenzione con il relativo codice e la data del relativo riconoscimento.

_____

_____

_____

Qualora l'Assicurato abbia seguito e/o stia tuttora seguendo un iter terapeutico, indicare il tipo di farmaci, il dosaggio ed il grado di "compliance" del paziente.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nel caso di perdita di autosufficienza determinata da problemi mentali o del sistema nervoso, specificare la natura (organica o non organica) di questi, l'epoca della loro insorgenza, l'entità dell'affezione con specifico riferimento al grado di compromissione delle funzioni intellettive superiori, il tipo di funzioni analizzate e le ripercussioni sistemiche delle stesse.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nel caso di perdita di autosufficienza determinata da problemi mentali o del sistema nervoso, specificare i test scientifici a validazione internazionale eseguiti (tra cui WAIS, MMPI, Rorschach, Matrici di Raven, Mini Mental State Examination di Folstein) ed i loro risultati.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Luogo e data _____

Il Medico Curante/Ospedaliero

(firma e timbro) _____

(domicilio) _____