

POLIZZE VITA LONG TERM CARE
(Convenzione EMAPI – POSTE VITA S.p.A. CONTRATTO n. CL09)
Relazione medica sulle attività ordinarie della vita quotidiana (modello 2)

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.

1. Lavarsi

Il Paziente necessita di assistenza per lavarsi? ☐SI ☐NO

Se la risposta è NO passare alla domanda n 2

Se la risposta è SI 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. Vestirsi

Il Paziente necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi? ☐SI ☐NO

Se la risposta è NO passare alla domanda n 3

Se la risposta è SI barrare una delle caselle che descrive in maniera appropriata la necessità di assistenza.

- ☐ Ha bisogno di assistenza per indossare/togliere e allacciare/slacciare ogni tipo di indumento
- ☐ Ha bisogno di assistenza per indossare indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità del paziente.

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. Nutrirsi

Il Paziente necessita di assistenza per nutrirsi? ☐SI ☐NO

Se la risposta è NO passare alla domanda n 4

Se la risposta è SI barrare una delle caselle che descrive in maniera appropriata la Sua 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)

.....

.....

.....

4. Andare in bagno

Il Paziente necessita di assistenza per andare in bagno? ☐SI ☐NO

Se la risposta è NO passare alla domanda n 5

Se la risposta è SI barrare una delle caselle che descrive in maniera appropriata la Sua 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)

.....

.....

.....

5. Muoversi

Il Paziente necessita di assistenza per muoversi? ☐SI ☐NO

Se la risposta è NO passare alla domanda n 6

Se la risposta è SI barrare una delle caselle che descrive in maniera appropriata la Sua necessità di assistenza.

☐ Il Paziente necessita di assistenza per muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano

☐ Il Paziente per muoversi necessita 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)

.....

.....

.....

6. Spostarsi

Il Paziente necessita di assistenza per spostarsi? ☐SI ☐NO

Se la risposta è SI barrare una delle caselle che descrive in maniera appropriata la necessità di assistenza, anche con l'aiuto di ausili specifici:

- ☐ 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)

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

Si precisa che le informazioni riportate nella presente Relazione saranno valutate dalla Compagnia, unitamente alla documentazione medica fornita a supporto delle stesse, ai fini dell'eventuale riconoscimento della Garanzia.

Luogo e data

Il Medico Curante/Ospedaliero

(firma e timbro)

(domicilio)