

**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) .....