



LONG TERM CARE

RELAZIONE MEDICA SULLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

Nome e Cognome del Medico _____

Nome e cognome dell'Iscritto _____

Luogo di nascita dell'Iscritto _____ **data** _____

Attenzione: Si prega di scrivere in maniera leggibile (preferibilmente in stampatello), rispondendo in modo esauriente a tutte le domande, senza lasciare i campi in bianco, senza barrarli e senza usare abbreviazioni.

È Lei il medico abituale dell'Iscritto? _____

Se sì, da quale epoca? _____

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

È parente dell'Iscritto? 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'Iscritto e le relative date di insorgenza e di conoscibilità.

Se l'Iscritto non ha mai sofferto di patologie degne di nota, evidenziare questa circostanza in modo esplicito, senza lasciare il campo in bianco e senza barrarlo.

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

Qual è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? Quando si è verificato (specificare

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).

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

Si precisa che le informazioni riportate nella presente Relazione saranno valutate, unitamente alla documentazione medica fornita a supporto delle stesse, ai fini dell'eventuale riconoscimento dello Stato di non autosufficienza e saranno trattate per le finalità e secondo le modalità descritte nell'informativa sul trattamento dei dati personali resa dalla Fondazione all'interessato".

Luogo e data _____

Il Medico

(firma e timbro) _____