

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (LONG TERM CARE)

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Indirizzo _____ CAP _____ Comune _____ Provincia _____
Tel _____ Cell* _____ E-mail _____

* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms

DATI ANAGRAFICI DEL TUTORE/PROCURATORE (se nominato)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Indirizzo _____ CAP _____ Comune _____ Provincia _____
Tel _____ Cell* _____ E-mail _____

* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms

Il sottoscritto chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza e si obbliga ad allegare alla presente domanda duplice copia di:

- fotocopia di un documento di identità valido;
- fotocopia codice fiscale;
- certificato che attesti la perdita di autosufficienza redatto dal medico curante su apposito modello fornito dal Fondo (**Modello 1**);
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante su apposito modello fornito dal Fondo (**Modello 2**);
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza;
- eventuale verbale di riconoscimento dell'Invalidità Civile rilasciato dalla Commissione della ASL di appartenenza;
- eventuale documentazione comprovante lo status di tutore/procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale) corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale)

Il sottoscritto dichiara inoltre di svolgere attività lavorativa alle dipendenze di dal con la qualifica di (ovvero: di aver cessato il servizio alle dipendenze di a causa di con la qualifica di)

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla veridicità, completezza precisione delle informazioni fornite, anche se scritte da altri, necessarie all'accertamento del suo stato di non autosufficienza e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle dichiarazioni rese.

Luogo e data

Firma dell'Assistito o del Tutore/ Procuratore (se nominato)

Pregasi indicare le coordinate bancarie su cui si chiede venga effettuato il rimborso

Intestatario conto corrente: _____

IBAN:

Luogo e data

Firma dell'Assistito o del Tutore/ Procuratore (se nominato)

Consenso al trattamento dei dati personali – REGOLAMENTO UE 2016/679

Ricevuta l'informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Cassa di Assistenza o Fondo Sanitario (Sani-Fonds), Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Luogo e data

Firma dell'Assistito o del Tutore/ Procuratore (se nominato)

Si ricorda inoltre che:

- dalla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il periodo di accertamento che, in ogni caso, non può superare i 3 mesi;
- il Fondo si riserva di richiedere all'Assistito informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie;
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, l'Assistito dovrà produrre, con cadenza annuale, certificato di esistenza in vita;
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, il Fondo si riserva di richiedere all'Assistito, con cadenza annuale, accertamenti medici che attestino la permanenza di non autosufficienza.

CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
(Modello 1)

Dott. _____

N.B. – Il presente modulo deve essere stampato ovvero scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande debbono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Nome e Cognome: _____	
Nato/a _____	il _____ Età (anni) _____
Residente a _____ in via _____	
CAP _____	Località _____ Prov _____
Telefono _____ e-mail _____	

DOMANDE DI SANI FONDS	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'assistito? b. Da quando?	1. a. b.
2. a. A quando risale l'ultima visita all'Assistito? b. Quale ne era la causa?	2. a. b.
3. E' parente dell'Assistito? Se sì, di quale grado?	3.
4. L'Assistito è affetto da epatite cronica?	4.
5. a. L' Assistito è affetto da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche? b. Da dipendenza da alcool?	5.a b.....
6. L'Assistito è portatore di HIV?	6.
7. a. L'Assistito è affetto da: malattia di Alzheimer? b. Malattia di Parkinson? c. Parkinsonismi? d. Demenza su base vascolare	7. a. b c. d.
8. a. L'Assistito è affetto da sclerosi a placche (multipla)? b. Sclerosi laterale amiotrofica?	8. a. b.

DOMANDE DI SANI FONDS	RISPOSTE DEL MEDICO
9. L'Assistito è affetto da diabete mellito complicato da neuropatie e/o angiopatie?	9.
10. L'Assistito è affetto da ipertensione arteriosa non controllata dalla terapia?	10.
11. L'Assistito è affetto da ipertensione arteriosa controllata dalla somministrazione di almeno 3 farmaci antipertensivi?	11.
12. a. L'Assistito è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	12. a. b.
13. a. Ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni clinicamente rilevanti?	13. a. b. c.
14. Sono residuati sintomi o deficit funzionali?	14.
15. a. L'Assistito ha seguito una terapia che comporta assunzione di farmaci? b. Se sì, che tipo di farmaci?	15. a. b.
16. L'Assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	16.
17. L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	17.
18. L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	18.
19. L'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3): (1) andare al bagno? (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno?	19. (1)..... (2)..... (3).....

DOMANDE DI SANI FONDS	RISPOSTE DEL MEDICO
20. L' Assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	20.
21. L'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	21.
22. L'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	22.
23. L' Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	23.
24. L'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	24.
25. L'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	25.
26. L'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: <input type="checkbox"/> Sminuzzare/tagliare il cibo; <input type="checkbox"/> Sbucciare la frutta; <input type="checkbox"/> Aprire un contenitore/una scatola; <input type="checkbox"/> Versare bevande nel bicchiere;	26. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. L'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	27.
28. L'Assistito vive da solo?	28.
29. L' Assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	29.
30. Dove vive l' assistito (appartamento, casa. ecc.) ? A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?	30.
31. L'Assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	31.



32. Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, ricordi)?

a. Esito Test Memoria Recente

b. Esito Test Stato Mentale

32.

a.

b.

Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Luogo e data _____

Il Medico Curante
(timbro e firma)

Domicilio

RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (Modello 2)

Nome e Cognome del medico curante _____

Nome e cognome dell'Assistito _____

N.B. – La presente relazione dovrà essere corredata da tutta la documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza. Qualora la perdita di autosufficienza sia stata causata da infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale, incidente sul lavoro, accidenti non sul lavoro, ecc.) dovrà essere prodotta, in aggiunta a quanto sopra richiesto, idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, ritagli di giornale, referti medico legali, ecc.).

E' Lei il medico abituale dell'Assistito? _____

Da quale epoca? _____

E' parente dell'assistito? Se si, di quale grado? _____

Quando ha cominciato a curare l'assistito? Per quali malattie? A quali cure lo ha sottoposto?

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

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

Quale è stata la sintomatologia all'inizio della malattia e quale il suo decorso?

Quali esami sono stati eseguiti durante il decorso? (indicare le date, le visite specialistiche, gli esiti degli accertamenti strumentali e di laboratorio ed i risultati diagnostici ottenuti).

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Casa di Cura):



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

Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?

Luogo e data _____

Il Medico Curante
(timbro e firma)

Domicilio