



PR78I23C0000000000

Spedire a:
Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri Rami Elementari
Palazzo Meucci - Via Ennio Doris
20079 Basiglio - Milano 3 (MI)
E-mail: sire@mediolanum.it

REFERTO MEDICO DI SINISTRO VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Questo questionario deve essere compilato dal Medico curante.

Rispondere ad ogni domanda con SI o NO ed aggiungere, eventualmente, i dettagli richiesti.

ASSICURATO

COGNOME	NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA (Provincia, Città)	
INDIRIZZO - via / piazza	NUMERO CIVICO
C.A.P.	LOCALITÀ (Comune)
PROV.	NAZ.
Professione (ultima professione svolta): _____ (full time <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/>)	
Professione precedente (eventuale): _____	

	SI	NO	Precisazioni:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'assicurato vive da solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'assicurato vive presso il suo domicilio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'assicurato abita presso parenti o amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'assicurato risiede in un istituto (casa di riposo, case di cura per lungodegenza, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AFFEZIONE INVALIDANTE

2	Diagnosi esatta dell'affezione che ha provocato lo stato di invalidità: _____ _____
3	Data di insorgenza dei primi sintomi: _____
4	L'invalidità è assoluta ed irreversibile? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se sì, da quando: _____ L'affezione è: stabilizzata <input type="checkbox"/> regressiva <input type="checkbox"/> impossibile stabilirne lo stato attuale <input type="checkbox"/>
5	Diagnosi associata all'affezione invalidante: _____ _____
6	Data di cessazione dell'attività lavorativa (per gli assicurati che svolgevano una professione al momento della sottoscrizione): _____ Date e cause dei ricoveri in ospedale di durata superiore a 3 settimane negli ultimi 5 anni: _____ _____

STATO ATTUALE

7	Indicare: altezza: _____ cm e peso: _____ kg	
8	<p>SPOSTARSI</p> <p>L'assicurato può svolgere le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • passare dalla posizione coricata a quella seduta <input type="checkbox"/> • passare dalla posizione seduta a quella eretta <input type="checkbox"/> • spostarsi dal letto alla poltrona <input type="checkbox"/> • rialzarsi in caso di caduta <input type="checkbox"/> • spostarsi in casa su una superficie piana <input type="checkbox"/> <p>(*) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità; se si tratta di un aiuto materiale (bastone, deambulatore, sedia a rotelle, ...) o di una terza persona: _____</p>	<p>da solo</p> <p>con aiuto(*)</p>
9	<p>ALIMENTARSI</p> <p>L'assicurato può svolgere le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servirsi i cibi preparati <input type="checkbox"/> • servirsi da bere <input type="checkbox"/> • tagliare gli alimenti preparati <input type="checkbox"/> • sbucciare la frutta <input type="checkbox"/> • portare i cibi e le bevande alla bocca <input type="checkbox"/> • inghiottire <input type="checkbox"/> <p>(*) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità: _____</p>	<p>da solo</p> <p>con aiuto(*)</p>
10	<p>IGIENE PERSONALE</p> <p>L'assicurato può svolgere le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lavarsi dalla vita in su <input type="checkbox"/> • lavarsi dalla vita in giù <input type="checkbox"/> • radersi <input type="checkbox"/> • pettinarsi <input type="checkbox"/> <p>(*) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità: _____</p>	<p>da solo</p> <p>con aiuto(*)</p>
11	<p>CONTINENZA</p> <p>L'assicurato è: continente <input type="checkbox"/> incontinente <input type="checkbox"/>(*)</p> <p>(*) qualora ci sia incontinenza, precisarne il tipo (urinaria, fecale o entrambe), se si tratta di uno stato permanente od occasionale, se si utilizzano materiali appropriati (pannolini, cateteri o sonde, ...): _____</p>	
12	<p>VESTIRSI-SVESTIRSI</p> <p>L'assicurato si può vestire, svestire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dalla vita in su <input type="checkbox"/> • dalla vita in giù <input type="checkbox"/> • togliere e mettere le scarpe <input type="checkbox"/> • togliere e mettere le particolari calzature <input type="checkbox"/> • togliere e mettere un apparecchio <input type="checkbox"/> <p>(*) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità: _____</p>	<p>da solo</p> <p>con aiuto(*)</p>

COMUNICAZIONE E COMPORTAMENTO

NB: Se la non autosufficienza è legata ad uno stato di demenza, tale stato dovrà essere valutato con il Mini Mental State Examination o Test di Folstein

13

• L'assicurato è in grado di comunicare in caso di necessità? Precisare: _____

• Il comportamento dell'assicurato è: normale aggressivo depresso apatico

Precisare:

• Le attività nominate precedentemente (alimentazione, vestirsi-svestirsi, igiene personale, ...) devono essere stimolate o sono spontanee, coordinate?

Precisare:

• Il comportamento dell'assicurato è: normale disorientamento temporo-spaziale torpore
agitazione (diurna, notturna) coma

Precisare:

TRATTAMENTI:

medici chirurgici kinesiterapia altre

Precisare:

14

Il paziente deve seguire terapia: orale iniettiva (IM IV) flebo ripetitive flebo continue
ossigeno aerosol altro

Precisare:

15

Commenti del medico curante sullo stato di salute dell'assicurato: _____

L'assicurato è pregato di inviare al Medico consulente, sotto forma confidenziale, i vari documenti sanitari in suo possesso che potrebbero facilitare la valutazione della richiesta.

Il sottoscritto / La sottoscritta

Luogo:

In qualità di Medico curante

del Sig. / della Sig.ra

Data:

certifica che i dati forniti sopra sono esatti.

Firma e timbro del Medico