genialLife by Allianz

# Relazione del medico curante di attestazione dello Stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato

**Si prega di redigere la presente relazione fornendo tutte le notizie utili ad illustrare la causa della perdita di autosufficienza dell'Assicurato rispondendo in maniera chiara ed esauriente a tutte le domande, scrivendo possibilmente in stampatello. Qualora in possesso di referti medici, si prega di allegarli.**
**L'Assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.**

Cognome e nome dell'Assicurato _____ Età: anni _____

Professione _____ Stato civile _____

Attività sportive praticate _____

Domicilio _____ Reperibilità telefonica _____

**Causa della non autosufficienza:**

**Malattia:**
Diagnosi della malattia iniziale e data di insorgenza:

Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti:

**Infortunio:**
Esatta descrizione della lesione, tipo e sede anatomica:

Causa diretta della lesione iniziale e data d'insorgenza:

**N. B. Qualora lo stato di non-autosufficienza sia dovuta a deficit cognitivo, malattia di Alzheimer o Parkinson è necessario che sia certificata da un neurologo e/o geriatra mediante test quali Mini-Mental State Examination (MMSE, Test di Folstein)**

**1.** Lei è il medico abituale dell'Assicurato? ◯ Sì ◯ No

**In caso affermativo** si prega di specificare da quando

e fornire dettagli su visite da Lei effettuate in merito a patologie o lesioni di rilievo:

**Nel caso non fosse il medico abituale** dell'Assicurato si prega di fornire, se ne è a conoscenza, il nome e l'indirizzo del medico abituale

**2.** La preghiamo di fornire dettagli in merito alla capacità dell'assicurando a svolgere le seguenti attività della vita quotidiana come di seguito definite:

| Attività | Richiede assistenza continua (oltre il 50% del tempo)? |
|---|---|
| Lavarsi<br>(la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia – e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia) | ◯ Sì ◉ No<br>In caso affermativo indicare la data dalla quale richiede assistenza costante:<br>Eventuali osservazioni: |
| Vestirsi e svestirsi<br>(prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate) | ◯ Sì ◯ No<br>In caso affermativo indicare la data dalla quale richiede assistenza costante:<br>Eventuali osservazioni: |
| Andare al bagno e usarlo<br>(la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale - ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc) | ◯ Sì ◯ No<br>In caso affermativo indicare la data dalla quale richiede assistenza costante:<br>Eventuali osservazioni: |
| Spostarsi<br>(la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona) | ◯ Sì ◯ No<br>In caso affermativo indicare la data dalla quale richiede assistenza costante:<br>Eventuali osservazioni: |

| Attività | Richiede assistenza continua (oltre il 50% del tempo)? |
|---|---|
| Continenza<br>(la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente) | ◯ Sì ◯ No<br>In caso affermativo indicare la data dalla quale richiede assistenza costante:<br>Eventuali osservazioni: |
| Alimentarsi<br>(la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona) | ◯ Sì ◉ No<br>In caso affermativo indicare la data dalla quale richiede assistenza costante:<br>Eventuali osservazioni: |

**3.** L'Assicurato percepisce un assegno di accompagnamento o di invalidità o ha fatto domanda per ottenerlo?
◯ Sì ◯ No
In caso affermativo si prega di specificare tipo e da quale data percepisce l'assegno:

**4.** Attualmente l'Assicurato vive: ◯ da solo (proprio domicilio) ◯ in casa di cura/ricovero per anziani ◯ con famigliari ◯ altro (si prega di specificare)

**5.** Quando è stato consultato per la prima volta dall'assicurando in merito all'ultima malattia/infortunio?

**6.** Si prega di fornire dettagli completi in merito ai primi sintomi accusati con descrizioni e date:

**7.** Quando ebbero inizio tali sintomi?

**8.** Sono effettuati esami ematochimici, e/o strumentali e/o visite specialistiche, per la diagnosi della malattia?
◯ Sì ◯ No
In caso affermativo si prega di specificare quali esami, visite ecc. e le relative date ed esiti:

**9.** L'Assicurato è stato sottoposto a fisioterapia, riabilitazione, ecc., negli ultimi 5 anni? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare quali esami, visite ecc. e le relative date ed esiti:

**10.** L'Assicurato è stato ricoverato negli ultimi 5 anni? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare date, durate, motivi dei ricoveri e dettagli di eventuali interventi chirurgici:

**11.** a) La malattia/l'infortunio era connessa/o a processi patologici o lesioni precedenti? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare quali:

b) È in grado di stabilire la data in cui si sono manifestate tali patologie/lesioni? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare:

c) Ritiene che dette patologie/lesioni, anteriori alla malattia/all'infortunio che ha causato la perdita dell'autosufficienza abbiano potuto esercitare qualche influenza su questa? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare:

d) Ritiene che queste patologie/infortuni avrebbero potuto determinare, in un tempo più o meno lungo la perdita di autosufficienza anche in assenza dell'ultima malattia/infortunio sopraggiunto? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare:

**12.** L'Assicurato conosceva la natura della malattia causa della perdita di autosufficienza o quella delle malattie precedenti? ◯ Sì ◯ No

**13.** Quali malattie o fattori di rischio risultano dall'anamnesi dell'Assicurato?

**14.** Per quanto Le è dato di sapere, l'Assicurato:

a) fumava o ha mai fumato? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare la quantità giornaliera:

Qualora avesse smesso di fumare, può precisare da quando e per quale motivo

b) ha fatto o faceva uso di alcolici? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera

c) ha fatto o faceva uso di sostanze stupefacenti? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di fornire dettagli

d) l'Assicurato ha fatto o faceva uso di farmaci su base continuativa? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare quali farmaci, il dosaggio, date e durate delle cure ed il motivo

**15.** La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utile indicare:

Nome e cognome del medico:

Indirizzo:

Comune: Prov.: C.A.P.

Telefono email

## DICHIARAZIONI

Dichiaro di aver fornito le notizie che precedono in piena consapevolezza e con competenza.

**Timbro e firma del medico**
(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

**Luogo** **Data**

genialLife
by Allianz

# Questionario ADL

Per il calcolo dell'indice ADL (Activities Of Daily Living) si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 6 (indipendenza in tutte le funzioni).

Per l'attribuzione del punteggio è necessario tradurre la scala di valutazione a tre punti (senza assistenza, assistenza parziale, o assistenza completa) nella classificazione dicotomica "dipendente/indipendente" utilizzando le seguenti istruzioni:

| ADL (Activities Of Daily Living) | Punteggio |
|---|---|
| **A) Fare il bagno (vasca, doccia, spugnature)** | |
| 1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo). | ○ 1 |
| 2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso). | ○ 1 |
| 3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo. | ● 0 |
| **B) Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)** | |
| 1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza. | ○ 1 |
| 2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe. | ○ 1 |
| 3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito. | ○ 0 |
| **C) Toilette (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)** | |
| 1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino). | ○ 1 |
| 2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda. | ○ 0 |
| 3) Non si reca in bagno per l'evacuazione. | ○ 0 |
| **D) Spostarsi** | |
| 1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore). | ○ 1 |
| 2) Compie questi trasferimenti se aiutato. | ○ 0 |
| 3) Allettato, non esce dal letto. | ○ 0 |
| **E) Continenza di feci ed urine** | |
| 1) Controlla completamente feci e urine. | ○ 1 |
| 2) "Incidenti" occasionali. | ○ 0 |
| 3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente | ○ 0 |
| **F) Alimentazione** | |
| 1) Senza assistenza. | ○ 1 |
| 2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane. | ○ 1 |
| 3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale. | ○ 0 |
| **PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)** | ☐ /6 |

Nome e cognome del medico:

Indirizzo:

Comune: Prov.: C.A.P.

Telefono email

## DICHIARAZIONI

Attesto di aver fornito tutte le informazioni in mio possesso sulla causa che determinò la causa della perdita di autosufficienza dell'Assicurato, sulle sue condizioni sanitarie pregresse, nonché sulle sue abitudini di vita e di non aver omesso o alterato alcuna circostanza.

**Timbro e firma del medico**
(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

**Luogo** **Data**