

**ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DI NON AUTOSUFFICIENZA
LONG TERM CARE**

**RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI
AUTOSUFFICIENZA**

Nome e Cognome del medico curante _____

Nome e cognome dell'assicurato _____

Data di nascita dell'assicurato _____

N.B. A tale relazione dovrà essere unita la seguente documentazione clinica:

- ✓ **ricoveri;**
- ✓ **visite specialistiche;**
- ✓ **accertamenti strumentali che hanno portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza, compresi gli esami del sangue e delle urine.**

❖ **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'assicurato? _____

Da quale epoca? _____

E' parente dell'assicurato? Se sì, di quale grado? _____

ANAMNESI PERSONALE REMOTA – indicare eventuali **patologie pregresse** dell'assicurato e le relative **date di insorgenza**.

Se l'assicurato non ha mai sofferto di patologie degne di nota, evidenziare questa circostanza in modo esplicito (non lasciare il campo in bianco e non usare abbreviazioni: descrivere in modo inequivocabile le eventuali patologie sofferte in passato).

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 dei laboratori di ricerca ed i risultati diagnostici ottenuti).

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Clinica privata):

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

(firma e timbro) _____

(domicilio) _____