

ACCERTAMENTO MEDICO PER IL RIMBORSO DELLE SPESE DI AIUTO DOMESTICO NELL'AMBITO DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

Gentile Signora, Egregio signore,

per poter valutare l'eventuale diritto alla richiesta mensile di rimborso delle spese di aiuto domestico la invitiamo a volerci ritornare il presente formulario compilato e firmato.

Con la sottoscrizione dello stesso da parte dell'assicurato, il medico può ritenersi svincolato dal segreto professionale. Conformemente all'art. 21 della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali del 5 giugno 2000, il medico è tenuto a fornire le informazioni richieste, determinanti per accertare il diritto alle prestazioni di specie.

DA COMPILARE DALL'UTENTE:

Cognome e Nome

Data di nascita Stato civile

Indirizzo

Domicilio

N. locali abitazione

Vive in economia con una o più persone? SI NO

Se sì, indicare grado di parentela

.....

Sussiste la possibilità dell'aiuto diritto di parenti e/o conoscenti? SI NO

Se sì, da chi e in quale misura?

.....

Ha verificato il diritto a ricevere un contributo da parte di altri enti assicurativi? SI NO

Se sì, da chi e in quale misura?

.....

Osservazioni

.....

.....
Luogo e data

.....
Firma dell'assicurato/a

DA COMPILARE DAL MEDICO CURANTE:

Motivo

.....

Il paziente è in grado di svolgere

Pulizie domestiche (locali, pavimenti, vetri, scale, ...)?	Parzialmente <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavori di bucato e stiratura?	Parzialmente <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fare la spesa (spostamento dal domicilio, alzare pesi, ...)?	Parzialmente <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Preparare pasti?	Parzialmente <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se parzialmente in quale misura?			

.....

Prognosi: il caso è suscettibile di

Miglioramento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Peggioramento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

.....

.....
Luogo e data

.....
Timbro e firma del medico curante

NB. II FORMULARIO DEV'ESSERE COMPILATO IN TUTTI I SUOI PUNTI. CASO CONTRARIO LO STESSO SARA' RITORNATO E LA DECISIONE NON POTRÀ ESSERE EMESSA.