

G) In precedenza, ha mai sofferto della condizione di cui al punto A) o di condizioni simili? NO SI
In caso affermativo, fornire dettagli comprese le date di eventuali visite mediche e nome dei medici consultati:

H) Richiede costantemente l'assistenza di un'altra persona? NO SI

2. Particolari sul sinistro

A) Se risiede in casa di cura, di riposo o struttura analoga, indicare nome, indirizzo
.....
.....
.....
.....
..... Data d'ingresso

B) Se vive in casa propria, specificare nome e indirizzo della persona che eventualmente fornisce assistenza a domicilio, da quale data e la frequenza:
.....
.....
.....

C) Vive da solo? NO SI
In caso di negazione, specificare il nome di eventuali persone di riferimento:
.....
.....
.....

D) Specificare nome e indirizzo del medico curante che la segue attualmente:
.....
.....
Se ha consultato un altro medico o specialista in merito alla Sua condizione attuale, specificare nome e indirizzo:
.....
.....
.....

3. Particolari sul tipo d'invalidità

A) Lavarsi:
È in grado di svolgere le seguenti attività senza aiuto?
Lavarsi nella vasca? NO SI
Lavarsi nella doccia? NO SI
Lavarsi in modo soddisfacente in altro modo? NO SI
Se non è in grado, specificare il motivo e il tipo di aiuto necessario:
.....
.....
.....

Mod. 225 - Ed. Dicembre 2022

B) Vestirsi

È in grado di vestirsi completamente e senza aiuto?

NO SI

Se non è in grado, specificare cosa non riesce a fare e il tipo di aiuto necessario:

.....
.....
.....

C) Alimentarsi

È in grado di alimentarsi senza aiuto?

NO SI

Se non è in grado, specificare il problema e la forma di aiuto necessario:

.....
.....
.....

D) Spostarsi

È in grado alzarsi dal letto, sedersi, o alzarsi dalla sedia senza aiuto?

NO SI

Se non è in grado, specificare il motivo e la forma di aiuto necessario:

.....
.....
.....

In caso di necessità l'Assicurato è pregato di fornire tutta la documentazione medica (lettere di dimissione da ricoveri ospedalieri, certificati, cartelle cliniche,...) rilevante per la valutazione dello stato di Non Autosufficienza.

Data:

Firma