

**RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI
AUTOSUFFICIENZA
(Modello 2)**

Nome e Cognome del medico curante _____

Nome e cognome dell'affiliato/ beneficiario

N.B. – Tale relazione dovrà essere correlata da tutta la documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali che hanno portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza).

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'affiliato/ beneficiario? _____

Da quale epoca? _____

E' parente dell'affiliato/ beneficiario? Se si, di quale grado? _____

Quando ha cominciato a curare l'affiliato/ beneficiario? Per quali malattie? A quali cure lo ha sottoposto?

Quali altri medici lo hanno visitato e a quali cure lo hanno sottoposto?

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) _____