

Dichiarazioni personali ai fini dell'accertamento della condizione di disabilità (Legge n. 104/92)

Dati personali del paziente/della paziente, che chiede l'accertamento

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Numero di telefono della persona da contattare _____

Mail della persona da contattare _____

Grado di parentela _____

1. Il paziente è invalido civile/la paziente è invalida civile?

☐ Sì, al _____ % ☐ con assegno di accompagnamento ☐ No

2. Il paziente è invalido del lavoro/di servizio/la paziente è invalida del lavoro/di servizio?

Lavoro: ☐ Sì, al _____ % ☐ No Servizio: ☐ Sì, al _____ % ☐ No

Se sì, allegare la relativa documentazione medica

3. Il paziente/la paziente ha avuto riconosciuto un assegno di cura?

☐ Sì, e si tratta del: ☐ livello 1, data _____ ☐ livello 2, data _____
☐ livello 3, data _____ ☐ livello 4, data _____

Come viene utilizzato l'assegno di cura?

☐ No, perché: ☐ domanda mai inoltrata ☐ domanda inoltrata in attesa di valutazione
☐ domanda respinta, data _____

4. Il paziente/la paziente abita

- ☐ da solo/da sola
- ☐ con la famiglia d'origine (se minore, prego indicare se sono presenti altri minori e la loro età _____)
- ☐ con il coniuge/la coniuge o con il convivente/la convivente
- ☐ con altri familiari conviventi
- ☐ con un assistente/una ass.familiare/badante
- ☐ temporaneamente in una struttura socio-sanitaria
- ☐ permanentemente in una struttura socio-sanitaria
- ☐ Ci sono conviventi con altre problematiche socio-sanitarie rilevanti?

Note _____

5. Situazione abitativa attuale

- ☐ Situazione abitativa stabile ed adeguata
- ☐ Barriere architettoniche (ad es. assenza ascensore, presenza scalini, ecc.)

Note _____

6. Condizione lavorativa

- ☐ Quale professione svolge il paziente/la paziente? _____
- ☐ Lavoro a tempo determinato
- ☐ Lavoro a tempo indeterminato
- ☐ Assunzione tramite collocamento mirato dal _____
- ☐ Numero complessivo di ore di lavoro alla settimana _____
- ☐ Assenze dal lavoro per malattia negli ultimi 6 mesi _____
- ☐ Disoccupato/disoccupata dal _____
- ☐ Pensionato/pensionata dal _____

Note _____

7. La persona è in possesso della patente di guida? ☐ Sì ☐ Sì, seguita in commissione patenti ☐ No

8. Asilo/Scuola

Il bambino/la bambina quale anno dell'asilo o della scuola frequenta?

_____ anno scuola dell'infanzia _____ anno scuola media

_____ anno scuola primaria _____ anno scuola superiore

Il bambino/la bambina ha un'insegnante/una insegnante di sostegno? ☐ No ☐ Sì, per ore _____ settimanali

Altre figure? ☐ No ☐ Sì, per ore _____ settimanali

Note _____

9. Quante volte (indicare la frequenza mensile) vengono effettuate visite mediche di controllo, terapie, trattamenti?

- ☐ Dialisi (allegare certificazione medica del reparto di nefrologia oppure del centro di Emodialisi Via Novacella) _____
- ☐ Colloqui psicologici/psichiatrici _____
- ☐ Fisioterapia _____
- ☐ Prelievi ematici _____
- ☐ Chemioterapia (allegare certificazione oncologica) _____

☐ Radioterapia (allegare certificazione che attesti la radioterapia in corso) _____

☐ Logopedia _____

☐ Ergoterapia _____

☐ Visite specialistiche _____

☐ Altre terapie _____

Note _____

10. Trattamenti farmacologici (indicare o allegare la terapia attuale)

11. Il paziente/la paziente necessita di presidi sanitari (es. carrozzina, letto ospedaliero, girello, ecc.)?

Quali? _____

12. Quale limitazione ha il paziente/la paziente a causa della sua malattia (nella vita quotidiana, al lavoro, all'asilo, a scuola, nel tempo libero, ecc.)?

Breve descrizione _____

13. In che situazione necessita il paziente/la paziente di aiuto nella vita quotidiana?

Fare la spesa

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Preparazione dei pasti

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Mangiare e bere

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Doccia, bagno, igiene personale

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Nell'utilizzo della toilette

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Mobilità in casa

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Mobilità fuori casa

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Utilizzo di scale

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Per sottoporsi a visite in ospedale o recarsi in uffici

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Nell'alzarsi e nell'andare a letto

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Nel vestirsi e svestirsi

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Nella preparazione ed assunzione di farmaci

☐ ha bisogno sempre di aiuto ☐ parzialmente autonomo ☐ autonomo

Il paziente/la paziente è incontinente?

☐ Sì ☐ No

È portatore/portatrice di catetere?

☐ Sì ☐ No

Necessità di aiuto nella gestione del catetere?

☐ Sì ☐ No

È portatore/portatrice di stomia (intestinale/urologica)?

☐ Sì ☐ No

Necessità di aiuto nella gestione della stomia?

☐ Sì ☐ No

Altro _____

14. Della L. 104/92 vorrebbe beneficiarne il paziente / la paziente stesso/a? Sì ☐ No ☐

Se sì, con ☐ i 3 gg.al mese ☐ con la riduzione dell'orario di lavoro ☐ con il congedo straordinario

Nel caso della revisione art. 3 c. 3, chi ne sta beneficiando e con quale modalità?

Beneficiario _____ Grado di parentela _____

☐ 3 gg. al mese ☐ riduzione dell'orario di lavoro ☐ congedo straordinario

Bozen | G. Galilei Str. 10/G | inval.bz@sabes.it | Tel. 0471 439 280-82-84-85-97

Brixen | Dante-Str. 26C | inval.bx@sabes.it | Tel. 0472 813 021

Bruneck | Graben 7 | inval.bk@sabes.it | Tel. 0474 586 580

Meran | Laurin-Str. 24 | inval.me@sabes.it | Tel. 0473 264 713

PEC rechtsmedizin.medicinalegale@pec.sabes.it

http://www.sabes.it

Südtiroler Sanitätsbetrieb

St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | via G. Galilei 10/G | inval.bz@sabes.it | tel. 0471 439 280-82-84-85-97

Bressanone | via Dante, 26C | inval.bx@sabes.it | tel. 0472 813 021

Brunico | via Bastioni, 7 | inval.bk@sabes.it | tel. 0474 586 580

Merano | via Laurin, 24 | inval.me@sabes.it | Tel. 0473 264 713

PEC rechtsmedizin.medicinalegale@pec.sabes.it

http://www.asdaa.it

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Cod. fisc./P. IVA 00773750211

15. Informazioni relative al parente/all'affine che presta assistenza e che vorrebbe beneficiare della L.104/92

Nome e cognome (1) _____

Residenza _____

☐ Situazione lavorativa _____

☐ Numero di ore di lavoro settimanali ed orari di lavoro _____

☐ Attuale assistenza prestata ed impegno temporale richiesto _____

☐ Eventuali difficoltà nel prestare assistenza _____

Nome e cognome (2) _____

Residenza _____

☐ Situazione lavorativa _____

☐ Numero di ore di lavoro settimanali ed orari di lavoro _____

☐ Attuale assistenza prestata ed impegno temporale richiesto _____

☐ Eventuali difficoltà nel prestare assistenza _____

16. Sono presenti altri servizi o persone che prestano assistenza? Indicare per ogni voce le ore settimanali.

☐ Servizio di assistenza domiciliare (specificare il tipo di servizio attivo) _____

☐ Assistenza infermieristica domiciliare _____

☐ Assistente familiare/badante (specificare quanti gg.ed il numero complessivo delle ore) _____

☐ Assistenza domestica _____

☐ Centro diurno _____

☐ Altro _____

17. Prestano assistenza altri familiari? Se si, indicare i nominativi e descrivere in cosa consiste la loro attività di assistenza.

☐ Si ☐ No

Data _____ Firma del paziente / della paziente _____

18. Nome e cognome della persona che ha compilato il questionario, la residenza e il grado di parentela

Data _____ Firma del dichiarante / della dichiarante _____

PREGO SCRIVERE IN FORMA LEGGIBILE