



CERTIFICATO MEDICO

Cognome

Nome

Data e luogo di nascita

Stato civile

Domiciliato a:
(indirizzo completo)

Soffre di una malattia contagiosa? si no

Se sì quale:

Soffre di una affezione cronica? si no

Se sì quale:

Soffre di infermità? si no

Se sì quale:

Porta una protesi? si no

Se sì quale:

Ha bisogno di cure speciali? si no

Se sì quali:

Stato psichico

- Psiche intatta
- Intelletto limitato, ma collaborazione da parte del malato
- Intelletto limitato, nessuna collaborazione
- Malato tranquillo, ma disorientato e confuso
- Disturbi psichici acuti, demenza senile, caratterialità
- Altro: specificare

Stato fisico

- Forte diminuzione della capacità visiva
- Forte diminuzione della capacità uditiva
- Disfagia (disturbi della deglutizione)
- Necessità dietetiche (specificare)

- Disturbi degli sfinteri (incontinenza urinaria, anale, sonda permanente, ano artificiale, ecc.)

- Tossicomania (medicamentosa, alcolica, altro)

Capacità motoria

- Può camminare, salire e scendere le scale, utilizzare i mezzi di trasporto
- Può camminare ma è esclusa la possibilità di fare le scale e utilizzare i mezzi di trasporto
- Può spostarsi da solo in carrozzella
- Può alzarsi e spostarsi con un aiuto
- È costretto a letto
- Non può vestirsi da solo
- Non può lavarsi da solo
- Non può mangiare da solo

Altre informazioni utili alla Direzione della casa:

Luogo e data

Firma e timbro del medico curante: