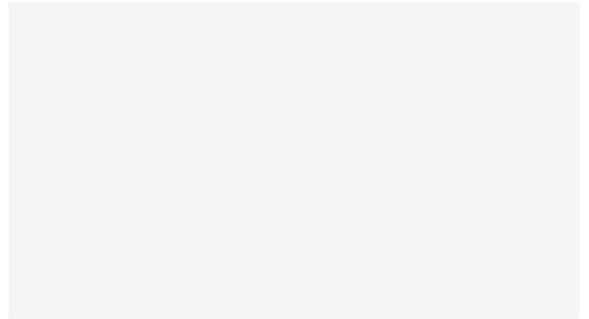
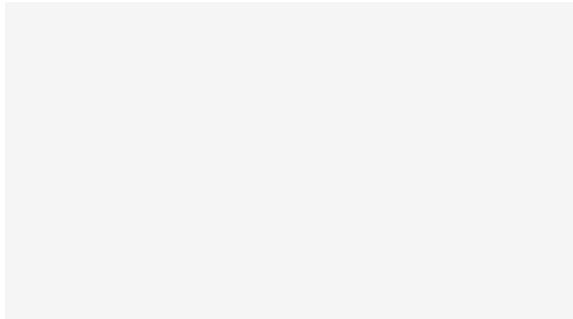


**Contributo per l'assistenza:  
Attestazione medica per la fase acuta**

scelta cantone



**Contributo per l'assistenza:  
Attestazione medica per la fase acuta**

Buongiorno

Viene fatto valere un peggioramento, presumibilmente temporaneo, dello stato di salute dell'assicurato, che presenta normalmente una grande invalidità di grado lieve. Affinché si possa esaminare se vi siano le premesse per concedere, per un periodo limitato, il supplemento per fasi acute previsto nella decisione relativa al contributo per l'assistenza, vanno fornite le informazioni seguenti.

La prima parte é da riempire dalla persona assicurata, dal suo rappresentante legale o da una persona di fiducia.

Queste indicazioni sono da completare e da motivare dal medico sulla seconda pagina.

La invitiamo quindi a rispondere alle domande sulla prima pagina e a sottoporre queste al suo medico curante per l'attestazione medica.

Ringraziamo e presentiamo i nostri più distinti saluti.

# Contributo per l'assistenza: Attestazione medica per la fase acuta

## Generalità

Nomi		Cognome	
Data di nascita (giorno/mese/anno)		Numero d'assicurato (756...13 cifre)	
Numero di telefono		Cellulare	
NAP, Luogo		Via, n°	

### 1. Indicazioni a riguardo della situazione medica attuale

Da riempire dalla persona assicurata, dal rappresentante legale o da una persona di fiducia

#### > 1.1

Descrizione della situazione medica attuale

--

#### > 1.2

Inizio del peggioramento

Probabile durata del peggioramento

--	--

#### > 1.3

Tempo supplementare richiesto nei seguenti ambiti di assistenza (senza prestazioni LAMal)

##### Atti ordinari della vita

- Vestirsi/svestirsi
- Alzarsi/sedersi/coricarsi
- Mangiare
- Cura del corpo
- Fare i propri bisogni
- Supplementi per gli atti ordinari della vita

##### Gestione dell'economia domestica

- Organizzazione/amministrazione
- Alimentazione
- Pulizia dell'abitazione
- Acquisti e altre commissioni
- Bucato e cura dei vestiti

##### Altro

- Partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero
- Formazione, lavoro, cura dei figli, partecipazione ad attività di pubblica utilità
- Sorveglianza
- Servizio notturno

Descriva il tipo e l'entità della necessità di assistenza supplementare

--

#### > 1.4

##### Firma

Data e firma della persona assicurata o del rappresentante

--

Qualora questa parte non sia stata riempita dalla persona assicurata ma dal rappresentante legale o da una persona di fiducia, per favore indicarne il nome, cognome e numero di telefono.

--

Il supplemento é concesso per al massimo 90 giorni consecutivi. Per aver diritto a questa prestazione, la decisione relativa al contributo per l'assistenza deve far riferimento a possibili fasi acute. Il presente modulo va inoltrato all'Ufficio AI competente con ogni fattura su cui figurano spese a seguito di fasi acute. Se lo stato di salute peggiora in modo durevole occorre valutare se procedere ad una revisione.

---

## 2. Attestazione medica dei dati

Voglia far riempire dal suo medico curante

### > 2.1

#### Motivo del peggioramento acuto

- Sclerosi multipla recidivante-remittente  
 Fase prepsicotica  
 Fase acuta (psicotica o depressiva)  
 Altro

Quale?

---

---

Descrizione della fase

---

---

Le indicazioni della persona assicurata, del rappresentante legale o della persona di fiducia, corrispondono alle sue constatazioni?

- si  no

Se no, perché?

---

---

### > 2.2

Prognosi della problematica di salute

---

---

Vi é motivo di supporre che il peggioramento perduri per più di tre mesi?

- si  no

Se si, probabile durata della fase

---

---

### > 2.3

#### Firma

Nome, cognome, data e firma del medico

---

---

Data

---

Firma

---

Per la fatturazione di questo questionario é da utilizzare la posizione TarMed 00.2205 (rapporto di decorso AI). Qualora si sia resa necessaria una visita e un consulto, queste possono essere fatturate secondo tariffa.

---