



007.002

## 1. Generalità

In quale paese risiede?

### 1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero AVS

756

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

Stato civil

dal

gg, mm, aaaa

### 1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

Numero di telefono

E-Mail

NPA

Luogo

Via

n°

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale)

NPA, Luogo

Via, n°

### 1.3 Chi ha compilato il modulo?

- La persona assicurata  
 Una terza persona

Cognome, Nome

E-Mail

La persona assicurata ha acconsentito alla presentazione di questa domanda

sì  no

## 2. Indicazioni sullo stato di salute

### 2.1 Stato di salute attuale

Il suo stato di salute è rimasto invariato?

sì  no

Il suo stato di salute è

migliorato  peggiorato

da quando?

gg, mm, aaaa

In che cosa consiste l'eventuale cambiamento?

Il peggioramento dello stato di salute è stato causato parzialmente o interamente da una terza persona?

sì  no

### 3.2 Medico, ospedale o casa di cura

Presso chi si trova in cura attualmente? (Per l'esecuzione della revisione necessitiamo di informazioni mediche sullo stato di salute attuale)

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

Data dell'ultimo controllo

mm, aaaa

mm, aaaa

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

Data dell'ultimo controllo

mm, aaaa

mm, aaaa

## 3. Indicazioni sulla grande invalidità

### 3.1 Atti ordinari della vita

Necessita di assistenza nei seguenti atti ordinari della vita quotidiana?

**Vestirsi/svestirsi**

sì  no

dal

(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

**Alzarsi/sedersi/corcarsi**

sì  no

dal  
(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

### Mangiare

sì  no

dal  
(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

### Cura del corpo

sì  no

dal  
(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

### Fare i propri bisogni

sì  no

dal  
(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

### Spostarsi

sì  no

dal  
(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

### Mantenimento dei contatti sociali

sì  no

dal

(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

**3.2 Necessita di cure infermieristiche (p.es. preparare o somministrazione giornaliera di medicinali, cambi di medicazioni, ecc.)?**

sì  no

In caso affermativo, in quale forma e in quali ambiti?

Da quando sussiste la necessità di cure infermieristiche in questa misura?

mm, aaaa

Chi ha prestato/presta questo aiuto (prima e/o dopo il ricovero in ospedale o casa di cura)?

Nome dell'istituto

NPA, Luogo

Via, n°

**3.3 E' possibile rimanere da solo per almeno una o due ore al giorno?**

sì  no

Se no, per favore motivare:

Da quando sussiste la necessità di cure infermieristiche in questa misura?

mm, aaaa

Chi provvede alla sorveglianza?

Nome dell'istituto

NPA, Luogo

Via, n°

**3.4 Accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana**

A causa delle limitazioni imposte dal danno alla salute necessita di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana? (ciò significa aiuto nel senso di guida/spiegazioni per poter permettere di abitare autonomamente, per atti e contatti al di fuori dell'abitazione o per evitare un isolamento duraturo dal mondo esterno).

sì  no

Presso chi e in quale forma necessita di assistenza?

## Informazioni complete e veritiere

---

- Con l'invio di questo formulario, confermo che tutti i dati indicati e i rispettivi documenti allegati sono veritieri.

Data

Osservazioni

## Allegati

---

### Allegati al modulo:

- Copia di un documento personale ufficiale (p.es. libretto di famiglia, certificato individuale di stato civile o atto di famiglia, ricevute di documenti, passaporto, atto di unione domestica registrata) da cui può essere verificata l'identità di tutte le persone citate nella domanda di prestazioni
- Altro