



## CERTIFICATO MEDICO

Cognome .....

Nome .....

Data e luogo di nascita .....

Stato civile .....

Domiciliato a:  
(indirizzo completo) .....

Soffre di una malattia contagiosa?                      si       no   
Se si quale:

Soffre di una affezione cronica?                      si       no   
Se si quale:

Soffre di infermità?                      si       no   
Se si quale:

Porta una protesi?                      si       no   
Se si quale:

Ha bisogno di cure speciali?                      si       no   
Se si 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: