

Allegato 1

Modulo di Attestazione Medica

Io, sottoscritto/a [Nome e cognome del medico], medico regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici di [Città/Provincia/Regione], attesto che il/la paziente:

1. Dati del Paziente:

- Nome: _____
- Cognome: _____
- Data di nascita: _____
- Codice fiscale: _____
- Indirizzo di residenza: _____

2. Descrizione dell'evento:

- Data dell'evento: _____
- Tipo di evento: _____
- Descrizione dettagliata dell'evento: _____

3. Assistenza Necessaria:

- Tipo di assistenza medica necessaria:
- Terapie e trattamenti somministrati:
- Interventi chirurgici o procedure effettuate:
- Indicazioni per la cura del paziente:

4. **Inquadramento evento** (barrare l'ipotesi che ricorre)

Tipologia Prestazione	
assistenza domiciliare, consistente in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, inclusi i <i>caregiver professionali</i> , necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita	
assistenza specialistica ambulatoriale erogata su prescrizione del medico di base o specialista volta a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita	
interventi chirurgici o prestazioni ambulatoriali effettuati in strutture private	
ricovero in casa di cura	

5. **Note Aggiuntive:**

Confermo che le informazioni sopra riportate sono accurate e corrispondono alla mia valutazione clinica del paziente, rendendomi per ulteriori chiarimenti, se necessario.

Dichiaro, altresì, che per la tipologia di prestazione sopra indicata il paziente ha sostenuto spese per complessivi euro _____

Firma del medico: _____

Data: _____

[Timbro dell'ente/organizzazione sanitaria]

Nota: Il modulo deve essere completato in modo accurato e dettagliato per facilitare l'elaborazione dell'assistenza richiesta.