

## 1. Generalità

### 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 d'assicurato

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

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

Numero di telefono

E-Mail

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale)

NAP, Luogo

Via, n°

## 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?

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

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

Data dell'ultimo controllo

gg, mm, aaaa

gg, 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

**Alzarsi/sedersi/coricarsi**

sì  no

**Mangiare**

sì  no

**Cura del corpo**

sì  no

**Fare i propri bisogni**

sì  no

**Spostarsi**

sì  no

**Mantenimento dei contatti sociali**

sì  no

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

sì  no

**3.3 Necessita di sorveglianza?**

sì  no

**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?

#### 4. Firma/allegati

---

Il/la sottoscritto/a conferma che tutti i dati indicati in questo formulario e i rispettivi documenti allegati sono veritieri.

Data

Firma del rappresentante legale della persona assicurata

Indirizzo del rappresentante se la persona assicurata non è in grado di firmare I suoi

Osservazioni

## 5. Punto d'inoltro del questionario

---

Il formulario é da ritornare all'Ufficio AI del Cantone di domicilio della persona assicurata.