

Medico di medicina generale ☐

cognome nome codice fiscale

indirizzo ambulatorio

luogo via n.

tel. cell. email

(la compilazione dei campi sovrastanti può essere sostituita dal timbro)

Certificato medico di autosufficienza o parziale autosufficienza

relativo alla richiesta di assegnazione di alloggi protetti per anziani del Comune di Bolzano

Signor/a (cognome) (nome)

(cognome coniugata)

nato/a il a prov.

codice fiscale

indirizzo (domicilio):

(luogo) (via) n.

1. Eventuali diagnosi di parziale autosufficienza (formulare per esteso e non utilizzare abbreviazioni **per** le diagnosi di malattia/disabilità che comporti uno stato di parziale autosufficienza):

➤

➤

2. Limitazioni funzionali (limitazioni deducibili dalla diagnosi, possibilità di più indicazioni, barrare una casella)

dell'apparato muscolo-scheletrico e locomotorio

O nessuna O modesta O grave O perdita funzionale

degli organi interni

O nessuna O modesta O grave O perdita funzionale

degli organi sensoriali

O nessuna O modesta O grave O perdita funzionale

del sistema nervoso centrale

O nessuna O modesta O grave O perdita funzionale

delle capacità psichiche e capacità cognitive

O nessuna O modesta O grave O perdita funzionale

Si dichiara che il/la paziente ha un sufficiente grado di autonomia/autosufficienza e che le eventuali limitazioni funzionali sono in ogni caso compatibili con la vita autonoma in un alloggio inserito in un contesto condominiale.

Luogo e data

Timbro e firma

Arzt für Allgemeinmedizin ☐

Nachname.....Name Steuernummer

Adresse Ambulatorium

Ort Strasse N.

Tel. Handy E-Mail

(alternativ zum Ausfüllen kann auch nebenan ein Stempel mit denselben Angaben angebracht werden)

Ärztliches Zeugnis für Selbständigkeit oder teilweise Selbständigkeit

zwecks Ansuchen für die Zuweisung einer geschützten Seniorenwohnung der Gemeinde Bozen

Herr/Frau (Nachname) (Name)

(Nachname verehelicht)

geboren am in Prov.

Steuernummer

Wohnadresse (Domizil):

(Ort) (Strasse) Nr.

1. Etwaige Diagnosen einer teilweisen Selbständigkeit (bitte ausschreiben und keine Abkürzungen für Diagnosen von Krankheiten/Behinderungen verwenden, welche eine teilweise Selbständigkeit bedingen):

➤

➤

2. Funktionseinschränkungen (von den Diagnosen abzuleitende Einschränkungen, Mehrfachangaben möglich, zutreffendes ankreuzen)

des Stütz- und Bewegungsapparates

O keine O mäßig O schwer O Funktionsausfall

der inneren Organe

O keine O mäßig O schwer O Funktionsausfall

der Sinnesorgane

O keine O mäßig O schwer O Funktionsausfall

des Zentralnervensystems

O keine O mäßig O schwer O Funktionsausfall

der Psyche und/oder der kognitiven Leistungen

O keine O mäßig O schwer O Funktionsausfall

Man erklärt, dass der/die Patient/in über einen ausreichenden Selbständigkeitsgrad verfügt und dass etwaige Funktionseinschränkungen mit einem autonomen Leben in einer Wohnung, innerhalb eines Kondominiums, auf jeden Fall kompatibel sind.

Ort und Datum Stempel und Unterschrift.....