

# Certificazione anamnestica attestante la situazione di gravissima disabilità

## Generalità del Paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

## Eventi morbosi pregressi

---

---

---

---

## Patologie in atto

---

---

---

---

---

---

## Altre annotazioni sulle condizioni di disabilità : fabbisogni, specialista di riferimento (neurologo, fisiatra, etc)

---

---

---

---

---

Per i disabili gravissimi si intendono:

- i soggetti in condizione di dipendenza vitale con gravi patologie cronico degenerative non reversibili ivi incluse quelle a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebrolesioni, stati vegetativi ecc. che necessitano di assistenza continua, con grave rischio della loro incolumità.

**Il Medico Curante**

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)