



QUESTIONARIO PER IL MONITORAGGIO SOCIO-SANITARIO

(da compilare entro il 30 giugno 2012)

Informazioni generali

Residenza

Stato

Città

Dati anagrafici

Anno di nascita

Luogo (Regione)

Genere

Maschio 1

Femmina 2

Livello di istruzione

Nessun titolo di istruzione 1

Obbligatoria 2

Superiore 3

Universitaria 4

Post universitaria 5

Stato civile

1) Nubile/Celibe 1

2) Coniugato/convivente 2

3) Separato 3

4) Divorziato 4

5) Vedovo 5

Condizione occupazionale attuale

Autonoma

1) Imprenditore, libero professionista 1

2) Artigiano, esercente, commerciante, agricoltore 2

Dipendente

3) Dirigente, funzionario, quadro 3

4) Impiegato, insegnante 4

5) Operaio, collaboratore familiare 5

Posizione non professionale

6) Casalinga 6

7) Studente 7

8) Pensionato 8

9) Non occupato 9

10) Altro (*specificare* _____) 10

L'abitazione in cui vive è?

- 1) Casa di proprietà 1
 2) Casa in affitto 2
 3) Casa in comodato (gratuito) 3
 4) Altro alloggio 4

Da quanti componenti è composta la Sua famiglia? (compreso Lei) | ___ | ___ |

Condizioni socio-sanitarie

Grado di non autosufficienza riconosciuto (in percentuale – da 0 a 100%): | ___ | ___ | ___ | %

Grado di capacità lavorativa (in percentuale – da 0 a 100%): | ___ | ___ | ___ | %

Negli ultimi due anni è stato ricoverato in struttura medicalizzata o casa di riposo?

- Sì, in passato 1
 Sì, attualmente 2
 No 3

È affetto da una delle seguenti patologie (Se sì, indicare eventuali sostegni ricevuti)?

	Sì	No	Eventuale sostegno ricevuto				
			Cassa Malattie	Fondi Privati	Fondi Pubblici	Assistenza Diretta MAE o altra forma di assistenza	Nessuna di queste
Malattia congenita	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattia cardio-vascolare	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattia da trauma o incidente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neoplasia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie della Terza Età	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie ginecologiche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattia cronica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quale contributo economico ritieni necessario per garantire: medicine, protesi, tutori, sedia a rotelle, occhiali, ecc.; trasporto, emergenza

	Sì	No	
			(Se sì) Euro
Una tantum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
Aiuto mensile	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

COMITES di appartenenza _____