

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER GRAVI MALATTIE Mod. GM01

spedire a segreteria@faschim.it

ISCRITTO (compilare sempre)

--	--	--	--	--	--

Codice FASCHIM (rilevabile dalla card)

Recapito telefonico (obbligatorio)

E mail (obbligatorio)

Cognome

Nome

FAMILIARE (compilare solo se la domanda di rimborso si riferisce a un familiare)

Cognome

Nome

Indicare la persona che si prende cura della persona malata e che sarà contattata per la visita.

Cognome

Nome

Grado di parentela

Recapito telefonico (obbligatorio)

Si prega di compilare tutti i campi richiesti

- Quale delle seguenti malattie e/o interventi chirurgici ha subito l'assistito?:

Tumore	
Infarto	
Chirurgia di by-pass aorto coronarico	
Chirurgia delle valvole cardiache	
Chirurgia dell'aorta	
Trapianto degli organi principali	
Ictus	
Aneurisma	

- Indicare in breve la diagnosi

Nota bene: si prega di allegare la fotocopia della cartella clinica relativa all'evento o altra documentazione sanitaria con l'indicazione dei bisogni terapeutici.

- Indicare obbligatoriamente la data dell'ultima dimissione dall'ente/struttura sanitaria presso la quale l'assistito è stato in cura per una delle patologie sopra indicate:**/...../.....

Si segnala che la richiesta di attivazione della prestazione deve essere inviata al Fondo ~~entro e non oltre 6~~ **mesi** dalla data di dimissione dall'ente/struttura sanitaria presso la quale l'assistito è stato in cura per una delle patologie indicate.

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

SEGNARE PER OGNI SEZIONE UNA CROCETTA ACCANTO AD OGNI SINGOLO BISOGNO DI CURA QUANDO PREVISTO DALLA DIAGNOSI/PIANO TERAPEUTICO EMESSO DALL'ENTE CHE HA AVUTO/HA IN CURA IL PAZIENTE.

FASCHIM, a proprio insindacabile giudizio, qualora ravveda l'appropriatezza della richiesta in forza delle dichiarazioni rese nel presente modulo, provvederà ad inviare, a proprie spese, un proprio medico fiduciario presso il domicilio dell'assistito per certificare lo stato di esigibilità delle prestazioni richieste.

QUESTIONARIO

SEZIONI	Indicare con una x se presente
BISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA E ALTRI BISOGNI TERAPEUTICI	
L'assistito è portatore di un catetere vescicale o drenaggi	
L'assistito necessita di nutrizione enterale (sondino naso-gastrico, PEG ¹) o parenterale (flebo)	
L'assistito è portatore di colostomia per l'evacuazione delle feci	
L'assistito è portatore di tracheostomia	
L'assistito presenta difficoltà respiratorie	
L'assistito presenta difficoltà di masticazione (sono presenti rischi di soffocamento)	
BISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI	
Attraverso iniezioni intramuscolari	
Attraverso iniezioni sottocutanee	
Per via endovenosa	
Per via infusione (flebo)	
Per via enterale (PEG ¹)	
BISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER MEDICAZIONI E/O PER PRELIEVI PER ESAMI DIAGNOSTICI	
L'assistito ha o tende ad avere lesioni da pressione (piaghe da decubito)	
L'assistito necessita di medicazioni e/o suture di ferite / tagli chirurgici	
L'assistito necessita di medicazione e/o rimozione di drenaggi, colostomia, tracheotomia, PEG	
L'assistito necessita di prelievi del sangue a domicilio	
L'assistito necessita di un controllo periodico dei parametri vitali quali: frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, peso corporeo, pressione arteriosa, pulsossimetria (ossigeno / emoglobina nel sangue).	
BISOGNO DI PRESTAZIONI DI FISIOTERAPIA / LOGOPEDIA	
L'Assistito necessita di prestazioni di fisioterapia domiciliare	
L'Assistito necessita di prestazioni di fisioterapia in acqua	
L'Assistito necessita di prestazioni di chinesiterapia con l'ausilio di specifiche attrezzature meccaniche	
L'Assistito necessita di prestazioni di logopedia	
BISOGNO DI PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE	
L'Assistito necessita di alzata mattina con igiene personale	
L'Assistito necessita di messa a letto con igiene personale	
L'Assistito necessita di assistenza per il bagno	
L'Assistito necessita di assistenza per la preparazione e aiuto al pasto	
L'Assistito necessita di assistenza per la veglia notturna	
L'Assistito necessita di assistenza diurna	

SI PREGA DI INSERIRE TUTTE LE FIRME RICHIESTE

Data

Firma dell'iscritto

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – D. Lgs 196/2003

Prendiamo atto di aver letto l'informativa ai sensi del D.L. 196/03 sulla privacy allegata al presente modulo e, con riferimento all'articolo 13 del D.Lgs 196/2003, esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei nostri dati personali da parte di FASCHIM, nella sua qualità di Titolare del Trattamento, con le modalità e nei limiti di cui alla richiamata informativa, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Data

Firma dell'iscritto
(solo se è la prima richiesta di rimborso)

Firma del familiare (se minore quella di chi esercita la patria potestà)
(solo se è la prima richiesta di rimborso)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ADERENTI A FASCHIM – INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL DLGS.196/03, CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

La informiamo che FASCHIM, Fondo Nazionale di Assistenza Sanitaria, con sede in Milano, Via Giovanni da Procida n. 11 (tel. 02.34592220 - fax 02.33106422) è Titolare del trattamento dei dati dei lavoratori ai quali si applica il CCNL per gli addetti all'industria chimica, chimico-farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori ceramica, abrasivi, lubrificanti e GPL, aderenti a FASCHIM, in ottemperanza alle finalità previste dallo Statuto e dal Regolamento ed in esecuzione degli obblighi derivanti dallo stesso CCNL inerenti la copertura sanitaria integrativa. A tal riguardo FASCHIM effettua il trattamento dei dati anagrafici e sensibili relativi al rimborso delle spese sanitarie riferiti ai lavoratori aderenti al Fondo ed ai componenti il loro nucleo familiare, nel caso abbiano chiesto l'estensione del servizio di assistenza sanitaria complementare.

Il DLgs. 30.06.2003, n.196, prevede che la persona i cui dati personali vengono trattati sia debitamente informata su tale trattamento.

Ciò premesso, dovendo gestire il rimborso delle spese mediche sostenute, La informiamo che il trattamento riguarda sia dati personali sia dati sensibili idonei a rivelare lo stato di salute. La informiamo, inoltre, che la parte di documentazione sanitaria, che viene trattenuta dal Fondo (moduli R01 e D01, cartella clinica – se l'iscritto non fa esplicita richiesta di restituzione -), verrà conservata per 15 mesi dalla data della lettera di liquidazione. Dopo tale periodo, il Fondo procederà a macerarla.

Pertanto La informiamo che:

1. il trattamento che FASCHIM effettua è finalizzato esclusivamente ad attribuire al lavoratore aderente, nonché ai componenti del suo nucleo familiare, se ne è stata chiesta l'iscrizione, la corretta posizione giuridica e contributiva per la gestione del diritto al rimborso delle spese sanitarie, secondo lo Statuto ed il Regolamento del Fondo. I dati trattati saranno utilizzati anche per la gestione amministrativa delle quote contributive. Inoltre per consentire agli aderenti di conoscere le iniziative di FASCHIM e di essere aggiornati sulle materie attinenti ai servizi offerti, i dati potranno essere utilizzati per inviare con varie modalità agli associati notiziari, bollettini, newsletter e materiale informativo;
2. il trattamento dei dati avverrà principalmente attraverso una rete di comunicazione elettronica e mediante strumenti informatici e telematici oltre che manuali e su supporti cartacei, con l'uso di logiche strettamente correlate alle finalità della raccolta ed in modo da assicurare sempre il rispetto di quanto stabilito dall'art. 11 del DLgs. 196/03 e delle misure di sicurezza previste;
3. il conferimento dei dati è necessario per consentire l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria integrativa; il relativo trattamento non può avere luogo senza il consenso del lavoratore e dei suoi familiari maggiorenni che abbiano fatto richiesta di adesione alla copertura sanitaria integrativa offerta da FASCHIM;
4. il mancato conferimento dei dati e il mancato consenso non consentirebbero l'applicazione delle norme richiamate e non renderebbero possibile mantenere l'iscrizione a FASCHIM del lavoratore nonché quella del suo nucleo familiare, se ne ha chiesto l'iscrizione, non essendo possibile gestire le relative posizioni senza trattare i dati personali richiesti;
5. I dati da Lei forniti potranno essere conosciuti, secondo le relative competenze, esclusivamente dai seguenti soggetti:
 - a. la società di *service*, PosteWelfare Servizi S.r.l., Viale Beethoven 11, 00144 Roma, nominata Responsabile del trattamento e preposta da FASCHIM alla gestione informatica dell'anagrafe degli associati, nonché alla determinazione dei rimborsi delle spese per prestazioni sanitarie;
 - b. i dipendenti e/o collaboratori del Responsabile e/o di FASCHIM incaricati delle relative operazioni di trattamento;
 - c. l'istituto bancario preposto da FASCHIM alla riscossione dei contributi e al pagamento dei rimborsi;
 - d. le società che gestiscono su incarico di FASCHIM servizi postali informatizzati per l'invio di comunicazioni agli associati ed a soggetti interessati alle attività di assistenza sanitaria integrativa.

La informiamo inoltre che, ai sensi dell'art. 7 del DLgs. 196/03, l'interessato ha il diritto di:

- ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge;
- ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati stessi;
- opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei propri dati personali.

L'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 può essere svolto presso il direttore di FASCHIM, dott. Claudio Giammatteo, nominato a questi fini Responsabile del trattamento, domiciliato presso FASCHIM, via Giovanni da Procida 11, 20149 Milano (tel. 02.34592220 - fax 02.33106422).