



# Bonus energia per motivi medici



## Dichiarazione medica

### Particolari del paziente

Nome del paziente che usa le apparecchiature mediche vitali:	
Indirizzo del paziente:	
Numero di contatto del paziente durante il giorno	

Acconsento al rilascio all'OECC dei miei dati di natura medica relativi a questa domanda se ciò rientra nella responsabilità di tale organo relativamente all'erogazione del bonus. Ho letto e compreso la relativa informativa in materia di privacy (Energy Rebates Privacy Collection Notice).

Firma del paziente:

Data:

### Particolari dell'operatore sanitario

Questa sezione deve essere compilata dall'operatore sanitario del paziente.

Nome dell'operatore sanitario:	
Numero dell'operatore sanitario:	
Nome del luogo dove il paziente è stato visitato (ospedale/centro medico/ambulatorio):	
Numero telefonico del luogo dove il paziente è stato visitato (ospedale/centro medico/ambulatorio):	

### Accertamento medico

Per soddisfare i requisiti ai fini del bonus (NSW Medical Energy Rebate), il paziente deve essere stato visitato da un operatore sanitario abilitato che lo ha in cura da almeno 3 mesi, se il paziente:

- presenta l'incapacità di autoregolare la temperatura corporea
- soddisfa una delle quattro condizioni primarie e una delle tre condizioni secondarie elencate nella tabella.

## Dichiarazione del medico

Dichiaro che il paziente presenta l'incapacità di autoregolare la temperatura corporea. Ho in cura il paziente da almeno 3 mesi/questo paziente viene trattato dal Royal Flying Doctor Service in zone remote ed extraurbane nel NSW da almeno 3 mesi, e soddisfa almeno una condizione primaria e una condizione secondaria come indicato in questa tabella:

Condizioni primarie (selezionarne almeno una)	Casella da spuntare
Disfunzione del sistema nervoso autonomo (disturbo in cui il sistema nervoso autonomo è stato danneggiato in seguito, ad esempio, di lesione acuta della colonna spinale, ictus, lesione cerebrale e disturbi neurodegenerativi).	<input type="checkbox"/>
Perdita dell'integrità cutanea o della capacità di sudorazione (es. gravi ustioni su oltre il 20% del corpo, disturbi acuti di infiammazione cutanea e alcune rare forme di sudorazione anomala).	<input type="checkbox"/>
Riduzione obiettiva della funzione fisiologica a temperature ambientali estreme (es. sclerosi multipla avanzata).	<input type="checkbox"/>
Ipersensibilità a temperature ambientali estremi con conseguente acutizzazione del dolore o altre forme di malessere oppure un aumento del rischio di complicanze (es. sindrome da dolore regionale complesso e malattia vascolare periferica avanzata).	<input type="checkbox"/>
Condizioni secondarie (selezionarne almeno una)	Casella da spuntare
Immobilità acuta, derivante, ad esempio, da quadriplegia o paraplegia di livello elevato, soprattutto sopra il livello medio-toracico (T7) che determina difficoltà ad autoregolare la temperatura corporea a causa della perdita del controllo del sistema nervoso simpatico.	<input type="checkbox"/>
Comprovata notevole perdita della regolazione autonoma della sudorazione, del battito cardiaco o della pressione sanguigna.	<input type="checkbox"/>
Comprovata perdita della funzione fisiologica o notevole aggravamento del disturbo a temperature ambientali estreme.	<input type="checkbox"/>

Dichiaro che tutte le informazioni fornite in questa domanda sono, per quanto di mia conoscenza, veritiere e corrette.

Acconsento a che l'OECC mi contatti per confermare la correttezza dei dati personali e sanitari forniti in questo modulo.

Firma del medico:

Data: