|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rapporto medico:Mezzi ausiliari AI / diritto acquisito |  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |

Accertamento AI per mezzi ausiliari:

La preghiamo di compilare e di ritornarci il rapporto medico

Buongiorno

La/il sua/suo paziente presenta delle limitazioni di carattere medico che hanno reso necessaria una richiesta di prestazioni AI. Per una rapida valutazione necessitiamo il suo competente supporto.

Pertanto, le chiediamo gentilmente di compilare il rapporto medico per quanto le sia possibile nell’ambito che la compete e in base alla sua cartella clinica. Qualora non le fosse possibile fornire tutte le informazioni richieste, avrà comunque tutta la nostra comprensione.

Ulteriori informazioni a riguardo della collaborazione con gli uffici AI la trovate sulla Homepage
[www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch).

Il rapporto medico può anche essere scaricato dalla nostra pagina web.

Voglia compilare il rapporto medico in forma elettronica o a mano ritornarcelo il più presto possibile. Per quanto concerne l’onorario spettante per la compilazione, si attenga come finora a quanto indicato in Tarmed.

La ringraziamo per la collaborazione e presentiamo distinti saluti.

|  |
| --- |
|       |

. Rapporto medico

Valutazione del diritto di una persona adulta a mezzi ausiliari

|  |
| --- |
|       |

Domande supplementari

|  |
| --- |
|       |

La invitiamo di rispondere anche alle domande poste sul foglio complementare

[ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Persona assicurata (nome, cognome)      | Data di nascita      | Numero AVS      |

1. Diagnosi

Da quanto sussiste?

|  |
| --- |
|       |

2. Dati medici

* 2.1

Data dell’ultima consultazione

|  |
| --- |
|       |

* 2.2

Anamnesi (decorso cronologico, terapia, sintomi attuali)

|  |
| --- |
|       |

* 2.3

Referto medico

|  |
| --- |
|       |

* 2.4

Prognosi

|  |
| --- |
|       |

* 2.5

Per quale periodo di tempo sarà necessario il mezzo ausiliario?

|  |
| --- |
|       |

* 2.6

Il mezzo ausiliario è necessario a causa di un infortunio?

[ ]  si [ ]  no

L'infortunio è stato causato da terzi?

[ ]  si [ ]  no

3. Firma

Nome, cognome, data e firma del medico

|  |
| --- |
|       |

Indirizzo esatto (studio/reparto)

|  |
| --- |
|       |

4. Allegati

Voglia gentilmente allegare copia dei rapporti ospedalieri e/o medico-specialistici oppure fornirci i dettagli necessari per permetterci di richiederli direttamente. Rapporti originali saranno ritornati dopo averli visionati.

|  |
| --- |
|       |