|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rapport médical:Allocation pour impotent AVS |  |  |

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

Allocation pour impotent AVS:

Veuillez remplir le rapport médical et nous le retourner

Bonjour,

Votre patiente/votre patient a des atteintes à la santé qui ont donné lieu à une demande de prestations AI. Pour pouvoir examiner rapidement cette demande, nous avons besoin de votre de votre soutien
compétent.

Dès lors, nous vous prions de bien vouloir répondre au présent rapport médical dans la mesure où il vous est possible de le faire sur la base de votre domaine spécialisé et de votre dossier de patient. Si, pour cette raison, certains points doivent être laissés ouverts, nous le comprenons parfaitement.

Vous pouvez également télécharger le rapport médical sur notre site internet.

Veuillez remplir le rapport médical soit sous forme électronique, soit sous forme manuscrite, et
veuillez-nous le retourner ensuite aussi rapidement que possible. Pour le remplissage du présent
rapport médical, vous pouvez établir un décompte selon Tarmed.

Nous vous remercions et vous adressons nos meilleures salutations.

|  |
| --- |
|  |

 Rapport médical

Évaluation du droit à une allocation pour impotent AVS

|  |
| --- |
|       |

Questions complémentaires

|  |
| --- |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom)      | Date de naissance      | Numéro AVS      |

1. Diagnostics

Veuillez souligner les diagnostics principaux

|  |
| --- |
|       |

2. Indications médicales

* 2.1

Examen du

|  |
| --- |
|       |

* 2.2

Période de traitement

|  |
| --- |
|       |

3. Séjours stationnaires

Des séjours stationnaires ont-ils eu lieu?

[ ]  oui [ ]  non

du au Nom de l’hôpital

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

4. Moyens auxiliaires

L’impotence peut-elle être réduite par la remise de moyens auxiliaires au patient / à la patiente?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, avec quels types de moyens auxiliaires?

|  |
| --- |
|       |

5. État de santé

L’état de santé de la personne assurée est

[ ]  inchangé [ ]  capable d’amélioration [ ]  se détériore

Pronostic

|  |
| --- |
|       |

6. Symptômes médicaux

Décrivez l’état de santé et les atteintes existantes.

* 6.1

Atteintes physiques (types d’atteintes et effets)

|  |
| --- |
|       |

* 6.2

Atteintes psychiques (types d’atteintes et effets)

|  |
| --- |
|       |

* 6.3

Limitations cognitivo-intellectuelles (types de limitations et effets)

|  |
| --- |
|       |

7. Indications relatives à l’impotence

Les indications données par la personne assurée – également en ce qui concerne le besoin d’aide – se
recoupent-elles avec les symptômes que vous avez établis?

[ ]  oui [ ]  non

Si ce n’est pas le cas, veuillez fournir des indications plus précises.

|  |
| --- |
|       |

8. Remarques

|  |
| --- |
|       |

9. Signature

Prénom, nom, date et signature du médecin

|  |
| --- |
|       |

Adresse exacte (cabinet médical/division) et numéro de téléphone

|  |
| --- |
|       |