Rapport médical intermédiaire
en vue de la révision des prestations pour adultes

Adresse

Numéro d´assuré:

Date:

Responsable:

Numéro direct:

Versicherte Person

Rapport médical intermédiaire en vue de la révision des préstations pour adultes dès le: Date

Questions/observations: **Observations**

Formulaire à remplir à la machine à écrire ou à l'ordinateur et à renvoyer dans les 30 jours à l'office AI.

1. L'état de santé de l'assuré(e) est: ☐ stationnaire __ s´améliore ☐ s´aggrave

2. Diagnostics avec effet sur la capacité de travail?
En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM 10 ou DSMAI

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Existant depuis quand et dans quelle mesure?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

3. Evolution / Modification du status?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

4. Mesures thérapeutiques / Pronostic:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

5. De nouvelles mesures professionnelles sont-elles indiquées? ☐ Oui ☐ Non
6. L'assuré(e) requiert-il(elle) pour les gestes quotidiens de la vie
   une aide régulière par une tierce personne ? ☐ Oui ☐ Non
   Si oui, depuis quand? .....
7. Pensez-vous qu'un examen médical complémentaire est indiqué? ☐ Oui ☐ Non
8. Date du dernier examen médical:.....
9. **Annexes**

   Le service médical de l'office AI vous prie de lui envoyer les rapports d'hospitalisation et des spécialistes, ou alors de lui fournir la désignation exacte de ces documents pour qu'il puisse se les procurer lui-même. D'avance il vous en remercie. Les rapports originaux vous seront retournés après consultation.

Date

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Cachet et signature du médecin