|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| **Rapporto medico riguardante l'assegno per grandi invalidi dell'AVS o dell'AI** |  | | **Istituto delle assicurazioni sociali**  **del Cantone dei Grigioni**  **Assicurazione invalidità**  **Casella postale**  **7001 Coira** |
|  | |  |  | |
|  | |  | Ottostrasse 24  Casella postale  7001 Coira  Telefono 081 257 41 11  Fax 081 257 42 22  www.sva.gr.ch | |

Modulo per il rapporto medico riguardante l'assegno per  
grandi invalidi dell'AVS o dell'AI

Gentile signora, egregio signore

voglia compilare il modulo in forma elettronica o a mano e ritornarcelo entro 30 giorni. Per quanto concerne l’onorario spettante per il suo impegno, proceda come finora secondo TARMED.

Alla pagina 2 del modulo "Richiesta e questionario" Lei trova una descrizione concisa del concetto della grande invalidità secondo l'AVS e l'AI.

La ringraziamo per la collaborazione.

Salutiamo cordialmente

Ufficio AI

del Cantone dei Grigioni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rapporto medico riguardante l'assegno per: grandi invalidi dell'AVS o dell'AI  Data di spedizione: | | | | 001 / 120 |
| Nome, cognome della persona assicurata | Data di nascita | Numero AVS | |
| Nome e indirizzo del medico | | | |

Rapporto medico riguardante l'assegno per grandi invalidi  dell'AVS  dell'AI

Constatazioni del medico

1. **Domande particolari dell'Ufficio AI**

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

1. **Anamnesi** (informazioni riguardanti l'inizio della grande invalidità)

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

1. **Diagnosi** (sottolineare le più importanti)

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

1. **Constatazione del medico**

Consultazione del

In osservazione dal       al

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

1. **Domande** (indicare con crocette ciò che il caso richiede)
   1. Le indicazioni date dall'assicurato o dalla persona incaricata dell'accertamento sono compatibili con le constatazioni da Lei fatte?  sì  no

Se no, quali modificazioni o aggiunte desidera Lei apportare?

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

* 1. Lo stato di salute dell'assicurato è?  stazionario  suscettibile di miglioramento   
       di peggioramento

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

* 1. Lo stato di salute potrebbe essere migliorato con dei provvedimenti sanitari?  sì  no

Se sì, con quali?

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

* 1. La grande invalidità potrebbe essere ridotta con l'assegnazione di un mezzo ausiliario?  sì  no

Se sì, con quali?

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

* 1. Ha Lei da formulare delle osservazioni particolari?  sì  no

Se sì, quali?

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

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data: | Timbro e firma del medico |
|  |  |

Allegato

pagina 2 del modulo "Richiesta e questionario"