|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Rapporto di decorso per persone che non hanno ancora compiuto i 20 anni** |  | **Istituto delle assicurazioni sociali****del Cantone dei Grigioni****Assicurazione invalidità****Casella postale****7001 Coira** |
|  |  |  |
|  |  | Ottostrasse 24Casella postale7001 CoiraTelefono 081 257 41 11Fax 081 257 42 22www.sva.gr.ch |

**Modulo per il rapporto di decorso
per persone che non hanno ancora compiuto i 20 anni**

Gentile signora, egregio signore

voglia compilare il modulo per il rapporto di decorso 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.

La ringraziamo per la collaborazione.

Salutiamo cordialmente

Ufficio AI

del Cantone dei Grigioni

|  |  |
| --- | --- |
| Rapporto di decorsoper persone che non hanno ancora compiuto i 20 anniData di spedizione:       | 001 / 120 |
| Nome, cognome della persona assicurata      | Data di nascita      | Numero AVS      |
| Nome e indirizzo del medico      |

Rapporto di decorso valido dal

[ ]  Si prega di rispondere anche alle domande supplementari sul foglio allegato.

1. Decorso, cambiamento dei reperti oggettivi, eventuali nuove diagnosi (nel caso di infermità congenite indichi per favore il numero dell'OIC):

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

1. Programma di cura (inizio / durata) / prognosi:

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

1. Lo stato di salute incide sulla frequenza scolastica o sulla formazione

professionale? [ ]  Sì [ ]  No
Se sì, da quando?

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

1. La necessità supplementare d'assistenza o di sorveglianza
personale dovute all'invalidità rispetto a quelle fornite a una
persona non invalida della stessa età ha subito modifiche? [ ]  Sì [ ]  No
Se sì, come? Da quando?

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

1. Ha prescritto provvedimenti terapeutici a domicilio? [ ]  Sì [ ]  No
Se sì: quali, quanti, per quanto tempo e effettuati da chi? Da quando?

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

1. Data dell'ultimo controllo medico:

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

1. Allegati

La preghiamo di allegare al presente modulo all'attenzione del nostro servizio medico i nuovi rapporti ospedalieri o degli specialisti da Lei ricevuti nel frattempo oppure di indicarli con precisione per permetterci di richiederli direttamente. I rapporti originali saranno restituiti non appena consultati.

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

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