|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| **Rapporto di decorso per l'aggiornamento atti** |  | | **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 di decorso  
per l'aggiornamento atti

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 impego, proceda come finora secondo TARMED.

La ringraziamo per la collaborazione.

Salutiamo cordialmente

Ufficio AI

del Cantone dei Grigioni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rapporto di decorso per l'aggiornamento atti  Data di spedizione: | | | | 001 / 120 |
| Nome, cognome della persona assicurata | Data di nascita | Numero AVS | |
| Nome e indirizzo del medico | | | |

Rapporto di decorsoper l'aggiornamento atti dal

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

1. Lo stato di salute da allora è:  stazionario?  peggiorato?  migliorato?
2. Le diagnosi sono state modificate?  sì  no

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

Quali hanno un'influenza sulla capacità lavorativa?

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

Da quando e in che proporzioni?

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

1. Decorso / evoluzione delle constatazioni?

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

1. Provvedimenti terapeutici / prognosi:

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

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 |
|  |  |