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

*<SEN\_Kopie>*

Adresse

|  |
| --- |
| <KON\_IVS\_AdrZTelFaxOez> |
| AI 507E 06.02 |

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro d´assuré: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Date: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Responsable: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Numéro direct: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 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.

1. Evolution / Modification du status?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. Mesures thérapeutiques / Pronostic:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. De nouvelles mesures professionnelles sont-elles indiquées?  Oui  Non
2. 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?

1. Pensez-vous qu'un examen médical complémentaire est indiqué?  Oui  Non
2. Date du dernier examen médical:
3. **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 Cachet et signature du médecin

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.