

**Rapporto di decorso** per la revisione di prestazioni fornite ad adulti

scelta cantone

**Assicurato/a**

Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Via	<input type="text"/>
NPA Luogo	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>
	Data di nasc. <input type="text"/>
N. AVS	<input type="text"/>

**Nome e indirizzo del medico**

Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Via	<input type="text"/>
NPA Luogo	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>
GLN	<input type="text"/>
RCC	<input type="text"/>

Data

Firma

---

Rapporto di decorso per la revisione di prestazioni fornite ad adulti dal \_\_\_\_\_

1. Lo stato di salute da allora è  stazionario?  peggiorato?  migliorato?

---

2. Le diagnosi sono state modificate?  no  sì

Quali hanno un'influenza sulla capacità lavorativa?

---

Da quando e in che proporzioni?

---

3. Decorso / evoluzione delle constatazioni?

---

---

4. Provvedimenti terapeutici / prognosi

---

5. Ritiene che provvedimenti professionali siano attualmente indicati?  no  sì

---

6. L'assicurato deve ricorrere regolarmente all'aiuto di terzi per svolgere gli atti ordinari della vita?  no  sì

Se sì, da quando? \_\_\_\_\_

---

7. Ritiene che un accertamento medico supplementare sia indicato?  no  sì

---

8. Data dell'ultimo controllo medico \_\_\_\_\_

---

9. 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.

---

10. Osservazioni

---