|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de sécurité sociale (NSS) : 756.  (A rappeler dans toute correspondance) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| , | Office de l'Assurance-Invalidité  du canton de Neuchâtel  Rue Chandigarh 2  Case postale 1209  2301 La Chaux-de-Fonds |
| N/réf :       /  Tel. :  V/réf : |

Date de la demande de rapport :

Rapport médical adressé à :

**Rapport médical AI (002.002) pour l'examen du droit d'une personne assurée à des moyens auxiliaires** / (v. 03.2022)

**Question(s) complémentaire(s) de l'Office AI**

(vos réponses peuvent être faites au point 4.1 ou sur une feuille annexe) :

*Aucune question complémentaire de l'Office AI.*

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

**1. Diagnostics**

Existant depuis quand ?

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

**2. Données médicales**

**2.1**

Date du dernier examen

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

**2.2**

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

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

**2.3**

Constat médical

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

**2.4**

Traitements appliqués jusqu’ici / pronostics

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

**3. Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date : | Timbre et signature du médecin : |

**4. Annexes**

Nous vous prions de joindre à l’attention de notre service médical des copies des rapports des hôpitaux ou des spécialistes en votre possession ou de nous les indiquer afin que nous puissions nous-mêmes les demander. Veuillez ne pas annexer vos documents originaux : les courriers reçus par l'Office AI sont numérisés dès réception et immédiatement détruits.

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

**4.1**

Remarques, compléments d'information, réponses à des questions particulières :

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