|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invaliditéImpasse de la Colline 1, Case postale, 1762 Givisiez |  |  |
| Nom et adresse du médecin |  | **Numéro AVS :** **Demande du** **Réf :** **T** **V/réf.**  |
| Givisiez,  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Nom, prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Annexe au rapport médical - Opération otologique**

Des prestations dans le cadre d'une opération otologique ont été demandées.

Questions complémentaires ?

1. Quel type d'intervention va être ou a été effectué ?

2. Indication opératoire (veuillez joindre une copie de l'audiogramme) :

3. Quand le séjour hospitalier est-il prévu ou, le cas échéant, a-t-il eu lieu ?

4. Quelle est l'influence de la maladie auriculaire sur la capacité de travail ?

5. Existe-t-il d'autres maladies auriculaires ? Si oui, lesquelles ?

6. A votre connaissance, la personne assurée souffre-t-elle d'autres maladies ? Si oui, lesquelles ?

Date Cachet et signature du médecin