

Ordonnance pour l'ergothérapie

Identité

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Rue _____

NPA / Localité _____

Téléphone mobile / privé _____

Employeur / Localité _____

Téléphone prof _____

Assurance _____

N° de sinistre _____

N° AVS _____

N° décision AI _____

Adresse de l'ergothérapie

Traitement ergothérapeutique / Diagnostic rempli par le médecin

LAMAL

- évaluation (2 séances)
- une série (max. 9 séances)
- plusieurs séries: nombre _____
- Ou valable jusqu'à _____

LAA / LAM

- une série (max. 9 séances)
- plusieurs séries (max.4): nombre _____
- traitement de longue durée (à partir de la 5^{ème} série avec rapport)
- LAI: valable jusqu'à _____

Lieu du traitement centre, cabinet domicile institution

Objectif du traitement

- Améliorer ou maintenir les fonctions physiques en tant que contribution à l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne
- Atténuer l'affection psychique dans le cadre d'un traitement psychiatrique

- maladie accident invalidité

Diagnostic / motif du traitement

Médecin, tampon avec N° RCC et GLN

Date et signature

Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLN

Date et signature

En collaboration avec CRS, CTM et santésuisse

Remarque au médecin prescripteur :

Envoyer séparément les informations destinées à l'ergothérapeute (date de l'accident, début de la maladie, date de l'opération, mesures de précaution, plan de traitement, etc.) s'il vous plaît.

Informations complémentaires pour l'ergothérapeute spécialisée en basse-vision

Les informations figurant sur cette page sont destinées exclusivement à l'ergothérapeute et ne doivent pas être transmises à l'assurance-maladie.

Identité

Nom

Prénom

Date de naissance

Diagnostic

OD :

OG :

Lunettes portées actuellement

1ère paire :

	sph	cyl	axe	add	prisme	base	AV
OD :							
OG :							

2ème paire :

	sph	cyl	axe	add	prisme	base	AV
OD :							
OG :							

Dernière réfraction

Date : _____

	sph	cyl	axe	add	prisme	base	AV dist	AV près
OD :								
OG :								

Champ visuel

À joindre svp, si disponible

Remarques / demande particulière

Date et signature du médecin :