

Ordonnance pour l'ergothérapie

Coordonnées

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue

Code postal / Ville

Téléphone portable / privé

Employeur / Lieu

Assureur

Numéro d'assurance maladie/accident

N° AVS

AI : n° de décision

Adresse du service d'ergothérapie

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Traitement ergothérapeutique / Diagnostic à remplir par le médecin

LAMal

- Évaluation (2 séances) OU
- une série de traitements (max. 9 traitements)
- plusieurs séries : nombre ___ insérer le texte _

LAA / LAM

- une série de traitements (max. 9 traitements)
- plusieurs séries (max. 4) : nombre _insérer le texte_
- traitement de longue durée (à partir de la 5e série, après consultation d'assurance)

Lieu du traitement au centre, au cabinet à domicile en institution (par ex. maison de retraite)

Objectif du traitement

- Améliorer ou maintenir les fonctions physiques afin de favoriser l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne
- Soulager la maladie psychique dans le cadre d'un traitement psychiatrique

LAMal UNIQUEMENT : mesures de prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus présentant un risque de chute modéré ou élevé.

Médecin : n° RCC et GLN

Date et signature

Cause

Maladie Accident Malformation congénitale (MC)

Diagnostic / motif du traitement (classifié ou descriptif)

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Ergothérapeute : n° RCC et GLN

Date et signature

Élaboré en collaboration avec la CRS, la CTM et prio.swiss

Remarque à l'attention du médecin prescripteur :

Veuillez transmettre séparément les informations destinées à l'ergothérapeute (date de l'accident, début de la maladie, date de l'opération, précautions à prendre, schéma thérapeutique, etc.).