

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

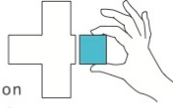
Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLN

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 pour la thérapie de la main

Identité

Nom

Prénom

Date de naissance

Motif du traitement

Diagnostic:

Date de l'accident / début de la maladie:

Opération:

Date de l'opération:

Suivi

Protocole de traitement

immobilisation stable pour la mobilisation active résistance/charge partielle autorisée résistance/charge totale autorisée

attelle:

Informations sur la thérapie:

Précaution:

Remarques:

Merci d'informer sur le déroulement du traitement

Remarque à l'intention du/de la médecin prescripteur/trice et de l'ergothérapeute :
pour des raisons ayant trait à la protection des données, ces informations ne peuvent pas être transmises aux assurances maladie.

Prrière de ne pas imprimer le formulaire recto-verso