

Ordonnance pour l'ergothérapie

Coordonnées

Nom Insérer du texte

Prénom Insérer du texte

Date de naissance Insérer du texte

Rue Insérer du texte

Code postal / Ville Insérer du texte

Téléphone portable / privé Insérer le texte

Employeur / Lieu Insérer le texte

Assureur Insérer le texte

Numéro d'assurance maladie/accident Insérer le texte

N° AVS Insérer le texte

AI : n° de décision Insérer le texte

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

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

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.).