

Ordonnance pour l'ergothérapie

Identité

Nom
Prénom
Date de naissance
Rue
NPA / Localité
Téléphone mobile / privé
Employeur / Localité
Téléphone prof
Assurance
N° assuré
N° AVS
N° décision AI

Cabinet d'ergothérapie

Anne Isler

Chemin des Ecureuils 16

2054 Chézard-St-Martin

Traitement ergothérapeutique / Diagnostic rempli par le médecin

LAMAL

☐ évaluation (2 séances)

☐ une série(max. 9 séances)

☐ plusieurs séries: nombre _____

Ou valable jusqu'à fin 2020 _____

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

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.

Ordonnance pour l'ergothérapie

Médecin, tampon avec N° RCC et GLN

Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLN

GLN 7601003472677

Date et signature

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.