medForms.ch
© 2019, tous droits réservés.

Ordonnance pour l'Ergothérapie

Date

Identité

Nom

Prénom

Date de naissance Sexe

Rue

NPA/localité

N° AVS

Téléphone

Mail

Destinataire: Ergothérapeute

Assureur

Nom

Rue

NPA/localité

Employeur / Données d'assurance

Nom

Loi/N° assurance

N° cas/date cas

Traitement ergothérapeutique / Diagnostic rempli par le médecin

LAMAL

- ☐ évaluation (2 séances) OU
- ☐ une série (max. 9 séances)
- ☐ plusieurs séries: nombre
- ☐ traitement de longue durée (à partir de la 5e série, après consultation d'assurance)

LAA / LAM

- ☐ une série (max. 9 séances)
- ☐ plusieurs séries (max.4): nombre
- ☐ traitement de longue durée (à partir de la 5e série, après consultation d'assurance)
- ☐ **LAI**

Lieu du traitement ☐ centre, cabinet ☐ domicile ☐ institution

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

Cause

☐ Maladie ☐ Accident ☐ Infirmité congéntiale

Diagnostic / motif du traitement (classifié ou descriptif)

Remarque à l'attention du médecin prescripteur:
Veuillez transmettre éventuellement les informations destinées à l'ergothérapeute séparément (début de la maladie, date de l'opération, précautions à prendre, schéma thérapeutique, etc.)

Médecin

GLN RCC

Mail

Ergothérapeute

GLN Tél.

Mail

Transmission électronique

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!