

Ordonnance pour l'Ergothérapie

Identité

Nom

Prénom

Date de naissance

Sexe

Rue

NPA/localité

Téléphone

Adresse de l'ergothérapeute

Employeur

Nom

Rue

NPA/localité

Assureur

Nom

N° d'ass./acc.

Loi

Traitement / Diagnostic

Traitement

Nombre de séances

2ème série de traitement sera probablement nécessaire

Lieu du traitement

centre, cabinet

domicile

institution

Motif de traitement

Objectif du traitement

amélioration ou maintien des fonctions corporelles contribuant à l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie

atténuation de l'affection psychique dans le cadre d'un traitement psychiatrique

Diagnostic (avec accord du patient, de la patiente)

communication du diagnostic au médecin-conseil

Médecin

EAN

RCC

Date

Signature

superflu pour envoi électronique

Informations pour l'Ergothérapeute

Précision du diagnostic

Date d'acc./de maladie

Date de l'opération

Autres informations

Remarques, précautions

Mesures ergothérapeutiques

motrices / sensorielles

perceptives / cognitives

autres:

attelles

moyens auxiliaires