Ordonnance de moyens auxiliaires / appareils de traitement

Le formulaire ne s'utilise que s'il n'existe pas de formulaire spécifique (p. ex. il ne s'applique pas à la remise de systèmes auditifs ou de fauteuils roulants)

Identité du patient

Nom

Prénom

Rue

NPA / localité

Date de naiss. Sexe

N° AVS

Téléphone

Destinataire: technicien·ne

Assurance

Nom

Rue

NPA / localité

E-mail

GLN

Employeur / données d'assurance

Nom

Rue

NPA / localité

Loi / N° d'ass.

N° / date d'acc.

Problème lié à l'appareillage

Motif du traitement ☐ accident ☐ invalidité / infirmité congénitale ☐ maladie

Moyen aux. / appareil de traitement prescrit

(type, modèle du moyen aux., si possible pas d'indication de marque/modèle)

Appareillage ☐ urgent ☐ à l'hôpital ☐ au domicile ☐ non substituable

Objectif et durée de l'appareillage

(uniquement pertinent pour l'AI)

☐ **Objectif de réinsertion (moyen aux.):** déplacements, autonomie, contacts avec l'entourage, activité lucrative, activité dans le domaine de compétences, formation/éducation et accoutumance fonctionnelle

ou

☐ **Objectif de traitement (appareil de trait.):** *(p. ex. positionnement, redressement, étirement, renforcement musculaire)*

Durée probable de l'appareillage: ☐ Durée: ☐ plus d'un an

Médecin

E-mail

GLN RCC

Technicien·ne

E-mail

GLN Tél.

Date d'établissement

Transmission électronique

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

En cas de problème de place, vous pouvez utiliser le champ complémentaire sur la page suivante.

Ordonnance de moyens auxiliaires / appareils de traitement

Remarques