

Ordonnance pour l'ergothérapie

Identité

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue

NPA / Localité

Téléphone mobile / privé

Employeur / Localité

Téléphone prof

Assurance

N° de sinistre

N° AVS

N° décision AI

Adresse de l'ergothérapie

Traitement ergothérapeutique / Diagnostic rempli par le médecin

LAMAL

☐ évaluation (2 séances)

☐ une série (max. 9 séances)

☐ plusieurs séries: nombre _____

Ou valable jusqu'à _____

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

Médecin, tampon avec N° RCC et GLN

Date et signature

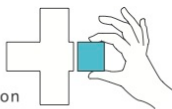
Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLN

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.



Informations pour la thérapie de la main

Identité

Nom

Prénom

Date de naissance

Motif du traitement

Diagnostic:

Date de l'accident / début de la maladie:

Opération:

Date de l'opération:

Suivi

Protocole de traitement

☐ immobilisation stable pour la mobilisation active résistance/charge partielle autorisée résistance/charge totale autorisée

☐ attelle:

Informations sur la thérapie:

Précaution:

Remarques:

☐ Merci d'informer sur le
déroulement du traitement

Remarque à l'intention du/de la médecin prescripteur/trice et de l'ergothérapeute :
pour des raisons ayant trait à la protection des données, ces informations ne peuvent pas être transmises
aux assurances maladie.
Prière de ne pas imprimer le formulaire recto-verso