ANNEXE 1

UV / AA IV / AI MV / AM SBK / ASI

Prescription médicale pour des soins à domicile	
Identité de l'assuré(e)	**Nom et adresse de l'assureur**
Nom	
Prénom	
Adresse	
NPA/Lieu	
Date de naissance	
Téléphone privé	
Employeur	
NPA/Lieu	Diagnostic:
Téléphone prof.	
N° d'ass./acc.	
[ ] accident [ ] maladie [ ] invalidité [ ] infirmité congénitale	
Ordonnance	**[ ] Première consultation** **[ ] Nouvelle appréciation**
(à remplir par le médecin)	
Durée du: au:	

Soins (à remplir par l'infirmière ou l'infirmier)

Prestation selon position	Prestations	Fréquence	Durée en min.*
		Total =	

*** Tranches de 10 min.**

Timbre et signature du médecin	Signature de l'infirmière ou de l'infirmier
Date:	Date: