

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.