

Ordonnance pour l'ergothérapie

Coordonnées
Nom
Prénom
Date de naissance
Rue
Code postal / Ville
Téléphone portable / privé
Employeur / Lieu
Assureur
N° d'assurance maladie/accident
N° AVS
AI : n° de décision

Adresse du service d'ergothérapie

Traitement ergothérapeutique / Diagnostic à remplir par le médecin

LAMal Évaluation (2 séances) OU une série de traitements (max. 9 traitements) plusieurs séries : nombre traitement de longue durée (à partir de la 5e série, après consultation d'assurance)	LAA / LAM une série de traitements (max. 9 traitements) plusieurs séries (max. 4) : nombre traitement de longue durée (à partir de la 5e série, après consultation d'assurance)
LAI	
Lieu du traitement au centre, au cabinet à domicile en institution (par ex. maison de retraite)	
Objectif du traitement Améliorer ou maintenir les fonctions physiques afin de favoriser l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne Soulager la maladie psychique dans le cadre d'un traitement psychiatrique	Cause Maladie Accident Malformation congénitale (MC)
LAMal UNIQUEMENT : mesures de prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus présentant un risque de chute modéré ou élevé.	Diagnostic / motif du traitement (classifié ou descriptif)

Médecin : n° RCC et GLN

Ergothérapeute : n° RCC et GLN

Date et signature

Date et signature

Élaboré en collaboration avec la CRS, la CTM et prio.swiss

Remarque à l'attention du médecin prescripteur :

Veuillez transmettre séparément les informations destinées à l'ergothérapeute (date de l'accident, début de la maladie, date de l'opération, précautions à prendre, schéma thérapeutique, etc.).