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

Jazz ergothérapie & coaching

Charlotta STENVALL

Ch de la Joliette 10, 1009 Pully

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 5ème 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

Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLN

G 7611.22

_____

Date et signature

_____

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.