

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

● **Activue**

Claire **Ducret Martin**
Ergothérapeute spécialisée basse vision
Rte de Morgins 23
1870 Monthey

Tél. 079 339 50 14

GLN 760 1003 108 330 RCC LO421.23

www.activue.ch

www.basse-vision.ch

info@activue.ch

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.

ANNEXE à L'ORDONNANCE POUR L'ERGOTHERAPIE

Nom, Prénom :

Précision du diagnostic :

OD :

OG :

Lunettes portées

	sph	cyl	axe	add
OD				
OG				

Dernière réfraction

	sph	Cyl	Axe	add	AV loin	AV près
OD						
OG						

Champ visuel : à joindre svp, si disponible

Remarques /Demande particulière :

Date et signature :