

Ordonnance pour l'Ergothérapie

Identité

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Rue _____

NPA / localité _____

Téléphone _____

Assureur _____

No. d'assuré _____

Adresse de l'ergothérapeute

● **Activue**
 Claire **Ducret Martin** NIF 548923 RCC LO421.23
 Ergothérapeute spécialisée basse vision
 Rte de Morgins 23
 1870 Monthey

Tél. 079 339 50 14
www.activue.ch www.basse-vision.ch
info@activue.ch

Traitement / Diagnostic

Nombre de séances à domicile (de 1 à 9) _____

Objectif du traitement

Amélioration ou maintien des fonctions corporelles contribuant à l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie

Diagnostic (avec l'accord de la patiente ou du patient)

Médecin

communication du diagnostic au médecin-conseil
 maladie accident invalidité

Date: _____ Signature: _____

(timbre avec n° RCC)

En collaboration avec CRS, santésuisse et CTM



Informations complémentaires pour l'ergothérapeute (facultatives; ne sont pas transmises à la caisse-maladie)

Précision du diagnostic

OD:	OG:
------------	------------

Lunettes actuelles:	OD:	OG:
● de loin :	S C /	S C /
● de près :	add : _____ S C /	add : _____ S C /

Dernière réfraction:	OD:	OG:
● de loin V= _____ avec :	S C /	V= _____ avec : S C /
● de près V= _____ avec add :	_____	V= _____ avec add : _____

Champ visuel : à joindre svp, si disponible

Autres informations, remarques :