

## Ordonnance pour l'ergothérapie

Identité	Adresse de l'ergothérapie
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Rue	
NPA / Localité	
Téléphone mobile / privé	
Employeur / Localité	
Téléphone prof	
Assurance	
N° de sinistre	
N° AVS	
N° décision Al	
Traitement ergothérapeutique / Diagnostic rempli par le l	médaain
Traitement ergotnerapeutique / Diagnostic tempii par le i	nedecin
LAMAL	LAA / LAM
☐ évaluation (2 séances)	une série (max. 9 séances)
une série(max. 9 séances)	plusieurs séries (max.4): nombre
plusieurs séries: nombre	☐ traitement de longue durée (à partir de la 5 <sup>ème</sup> série avec rapport)
Ou valable jusqu'à	LAI: valable jusqu'à
Lieu du traitement	nicile institution
Lieu du tratement Contre, cusmet Cusmet	Indition Indition
Objectif du traitement	
_	☐ maladie ☐ accident ☐ invalidité
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	Diagnostic / motif du traitement
traitement psychiatrique	
Médecin, tampon avec N° RCC et GLN	Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLN
······································	
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.