

Ordonnance pour l'Ergothérapie

Identité

Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Rue _____
NPA/localité _____
Téléphone _____
Assureur _____
No. d'assuré _____

Adresse de l'ergothérapeute/du centre d'ergothérapie

Traitement / Diagnostic

Séances _____ nombre de séances: _____ une 2ème série de trait. sera probablement nécessaire

Lieu du traitement centre, cabinet domicile institution

Objectif du traitement

- amélioration ou maintien des fonctions corporelles contribuant à l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie
- atténuation de l'affection psychique dans le cadre d'un traitement psychiatrique

Diagnostic

(avec accord du patient, de la patiente)

- communication du diagnostic au médecin-conseil
 maladie accident invalidité

Médecin

Date: _____ Signature: _____

(timbre avec n° RCC)

En collaboration avec CRS, santésuisse et CTM



Informations pour l'Ergothérapeute

Précision du diagnostic

date de l'accident / début de la maladie: _____

date de l'opération: _____

autres informations: _____

Remarques, précautions: _____

Mesures ergothérapeutiques

- motrices / sensorielles
 perceptives / cognitives
 autres: _____
 attelles
 moyens auxiliaires