

Ordonnance de moyens auxiliaires / appareils de traitement

Le formulaire ne s'utilise que s'il n'existe pas de formulaire spécifique (p. ex. il ne s'applique pas à la remise de systèmes auditifs ou de fauteuils roulants)

Identité du patient

Nom _____
Prénom _____
Rue _____
NPA / localité _____
Date de naiss. _____ Sexe _____
N° AVS _____
Téléphone _____

Destinataire:

Assurance

Nom _____
Rue _____
NPA / localité _____
E-mail _____
GLN _____

Employeur / données d'assurance

Nom _____
Rue _____
NPA / localité _____
Loi / N° d'ass. _____
N° / date d'acc. _____

Problème lié à l'appareillage

Motif du traitement accident invalidité / infirmité congénitale maladie

Moyen aux. / appareil de traitement prescrit

(type, modèle du moyen aux., si possible pas d'indication de marque/modèle)

Appareillage urgent à l'hôpital au domicile non substituable

Objectif et durée de l'appareillage

(uniquement pertinent pour l'AI)

Objectif de réinsertion (moyen aux.): déplacements, autonomie, contacts avec l'entourage, activité lucrative, activité dans le domaine de compétences, formation/éducation et accoutumance fonctionnelle

ou

Objectif de traitement (appareil de trait.): (p. ex. positionnement, redressement, étirement, renforcement musculaire)

Durée probable de l'appareillage: Durée: _____ plus d'un an

Médecin

E-mail _____
GLN _____ RCC _____

Date d'établissement _____

Technicien·ne

E-mail _____
GLN _____ Tél. _____

Transmission électronique

Ordonnance de moyens auxiliaires / appareils de traitement

Remarques