

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: _____

Mesures ergothérapeutiques

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

Remarques, précautions: _____