

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 :

[Empty box for recipient information]

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.): déplacement, 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

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!

En cas de problème de place, vous pouvez utiliser le champ complémentaire sur la page suivante.

Ordonnance de moyens auxiliaires / appareils de traitement

Remarques

Orthopédie



Orthèse

Bandage / Attelle

Corset

Prothèse

Membre Supérieur Niveau.

Membre Inférieur Niveau.

Râchis Niveau.

Fonctionnelle

Esthétique

Angles Articulation limités Ext. degrés

Flex. degrés

Autres moyens auxiliaires types :