

# 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.):** 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

## Technicien·ne

E-mail  
GLN    RCC  
Date d'établissement

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

### Supports plantaires

Hallux Rigidus

CAP

Soutien cuboïdien

Etrier Calcanéen  
Soft

Consol Calcanéen  
Extérieur (Anti-Varus)  
Intérieur (Anti-Valgus)

Post-opératoire

### Lits plantaires

Carbone  
R1  
Intégral

Soutien Sustentalculum

Renforcé

Pied / Chaussure

