

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

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

Assise orthopédique, Coussin simple
confectionné sur mesure

Positionnements orthopédiques, sur mesures
assise dossier

Coque de positionnement, sur mesures
(assise et dossier en une pièce)

Coques de positionnements intégrales,
sur mesure (Tête-Pieds)

Réadaptations de positionnements sur mesure
assise dossier
appui-tête membres supérieurs
membres inférieurs

**Assise
orthopédique**



Bassin

neutre



anté-version



rétro-version



Rachis

neutre



scoliose



cyphose



lordose



Correction souhaitée

