

Ordonnance pour l'ergothérapie

Identité

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Rue	
NPA / Localité	
Téléphone mobile / privé	
Employeur / Localité	
Téléphone prof	
Assurance	
N° de sinistre	
N° AVS	
N° décision AI	

Adresse de l'ergothérapie

ERGO A DOMICILE
Cours des Bastions 13
1205 Genève
076.625.00.40

Traitement ergothérapeutique / Diagnostic rempli par le médecin

LAMAL

☐ évaluation (2 séances)
☐ une série(max. 9 séances)
☐ plusieurs séries: nombre _____
Ou valable jusqu'à _____

LAA / LAM

☐ une série (max. 9 séances)
☐ plusieurs séries (max.4): nombre _____
☐ traitement de longue durée (à partir de la 5 ^{ème} série avec rapport)
LAI: valable jusqu'à _____

Lieu du traitement	☐ centre, cabinet	☒ domicile	☐ institution
--------------------	--	--	--------------------------------------

Objectif du traitement

☐ Améliorer ou maintenir les fonctions physiques en tant que contribution à l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne
☐ Atténuer l'affection psychique dans le cadre d'un traitement psychiatrique

☐ maladie	☐ accident	☐ invalidité
----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Diagnostic / motif du traitement

Médecin, tampon avec N° RCC et GLN

--

Date et signature

Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLN

--

Date et signature

En collaboration avec CRS, CTM et santésuisse

Remarque au médecin prescripteur :

Envoyer séparément les informations destinées à l'ergothérapeute (date de l'accident, début de la maladie, date de l'opération, mesures de précaution, plan de traitement, etc.) s'il vous plaît.