

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

CABINET D'ERGOTHÉRAPIE RÉÉDUCATION DE LA MAIN



Myriam Sauthier
T. 032 724 40 69

Rue St-Honoré 2
2000 Neuchâtel

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: _____