|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identité |  | Adresse de l‘ergothérapie |
| Nom  |  |  |
| Prénom  |  |
| Date de naissance  |  |
| Rue  |  |
| NPA / Localité  |  |
| Téléphone mobile / privé  |  |
| Employeur / Localité  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 |  |
| Téléphone prof  |  |
| Assurance  |  |
| N° de sinistre  |  |
| N° AVS  |  |  |
| N° décision AI  |  |
|  |  |  |
| Traitement ergothérapeutique / Diagnostic rempli par le médecin |
| LAMAL LAA / LAM [ ]  évaluation (2 séances) [ ]  une série (max. 9 séances)[x]  une série(max. 9 séances) [ ]  plusieurs séries (max.4): nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  plusieurs séries: nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  traitement de longue durée (à partir de la 5ème série avec rapport) Ou valable jusqu’à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LAI: valable jusqu’à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
| Lieu du traitement [ ]  centre, cabinet [x]  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 [ ]  invaliditéDiagnostic / motif du traitement |
|  |
| Médecin, tampon avec N° RCC et GLNDate et signature |  | Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLNDate et signature |

 En collaboration avec CRS, CTM et santésuisse