



Ordonnance pour l'Ergothérapie

Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz
Association Suisse des Ergothérapeutes
Associazione Svizzera degli Ergoterapisti
Postgasse 17 • Postfach 686 • CH-3000 Bern 8
T 031 313 88 44 • F 031 313 88 99 • E evs-ase@ergotherapie.ch

Identité

Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Rue _____
NPA / localité _____
Téléphone _____
Assureur _____
No. d'assuré _____

Adresse de l'ergothérapie

Traitement / Diagnostic

séances nécessaire nombre de séances: _____ il est probable qu'une 2ème série de trait. soit
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 LAA



Informations pour l'Ergothérapeute

Précision du diagnostic

date de l'accident / début de la maladie: _____
date de l'opération: _____
autres Informations: _____

Traitement souhaité

- motrices / sensorielles
 perceptives / cognitives
 autres: _____
- attelles
 moyens auxiliaires

remarques, précautions: _____

Veuillez joindre des bilans / rapports existants. Merci.