

Prescription de Physiothérapie

Données personnelles	Traitement physiothérapeutique* (choix unique)
Nom	Traitement physiothérapeutique
Prénom	Thérapie médicale d'entraînement
Date de naissance	Hippothérapie
Rue	Traitement dans un bassin de marche/une piscine
NPA/Lieu	Examen du logement ou du poste de travail (uniquement AA/AM/AI)
Téléphone	Robotique (uniquement AA/AM/AI)
Assureur	
N° AVS.	Supplément:
N0 acc.:	Traitement à domicile
N° décision AI.:	Traitement le dimanche/jours fériés
	Confection d'atelle
Ordonnance:	
première	
deuxième	
troisième	
quatrième	
	traitement de longue durée (à partir de 37 séances, sous conditions page 2)
Diagnostics / constats pertinents pour le traitement: Motif / but du traitement:	

Limites, mesures de précaution, contre-indications, schéma thérapeutique:

Remarques:

Médecin:

GLN:

Date:

Signature:

La première séance doit avoir lieu dans les 5 semaines suivant la délivrance de l'ordonnance, faute de quoi celle-ci perd sa validité.

*Conformément à la convention tarifaire, l'ordonnance est valable pour une thérapie individuelle de 9 séances au maximum et pour une thérapie médicale d'entraînement de 36 séances au maximum. Pour l'AI, la décision de l'office AI compétent fait foi.

Demande de garantie de prise en charge des coûts pour un traitement de longue durée

Données personnelles

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Évaluation médicale

Recommandations pour la thérapie (à remplir par le médecin prescripteur)

Durée (nombre de semaines):

Fréquence:

Recommandation:

Médecin:

GLN:

Date:

Signature:

Évaluation physiothérapeutique

Recommandations pour la thérapie (à remplir par le physiothérapeute traitant)

Durée (nombre de semaines):

Durée par séance (minutes):

Frequenz:

But du traitement:

Mesures thérapeutiques:

Physiothérapeute:

GLN:

Date:

Signature: