



FORMULAIRE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

Vous trouverez, dans un document séparé, des informations importantes sur le formulaire de prescription

Mode du séjour

- Rééducation clinique stationnaire
(A mon avis, une prise en charge ambulatoire est inenvisageable. Une prise en charge clinique s'impose pour les raisons suivantes)
- Séjour ambulatoire – *(une seule option peut être prescrite)*
 - Cure / séjour de convalescence
 - Cure thermique
 - SAT – *(soins aigus et soins de transition)*
 - Un séjour exempté de TVA – *(séjour à la charge du patient/pas de prescription à l'att. de la caisse-maladie ou de l'assurance)*

Motif de la prescription

- Maladie Accident

Adresse de l'institution – *(Clinique de rééducation / Maison de cure / Établissement de cure balnéaire reconnu / institution proposant des SAT)*

Nom / Prénom

Lieu

RCC

Patient

Nom

Date de naissance

Sexe

- féminin masculin

Rue / no.

NPA / lieu

Téléphone privé

Portable

AVS Numéro d'assuré

Langue maternelle

Médecin hospitalier prescripteur

Nom / Prénom

Hôpital

Rue / No.

NPA / lieu

Téléphone

Courriel

Service social de l'hôpital

Contact

Téléphone / Fax

Courriel

Médecin de famille – (si la prescription a été établie par un autre médecin)

Nom / Prénom

Rue / No.

NPA / lieu

Téléphone

Courriel

Spécialiste – (si la prescription a été établie par un autre médecin)

Nom / Prénom

Rue / No.

NPA / lieu

Téléphone

Courriel

Diagnostic / déficiences fonctionnelles :

Date de l'opération / de l'accident :

Affection concomitante :

Thérapie(s) précédente(s) :

Objectif thérapeutique :

Médicaments :

Motif du traitement :

Motifs médico-sociaux supplémentaires

Certains établissements exigent des questionnaires supplémentaires, p.ex. concernant les soins et l'encadrement dont a besoin le patient.

Toutes les données fournies sont destinées à être transmises aux assureurs-maladie / prestataires prenant en charge les coûts

Signature / cachet du médecin prescripteur

Date :

Cachet :

Signature :