

## 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<br>(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):

Fréquence:

But du traitement:

Mesures thérapeutiques:

Physiothérapeute:

GLN:

Date:

Signature: