

# Prescription de Physiothérapie

**Données personnelles Traitement physiothérapeutique\* (choix unique)**

Nom Prénom

Date de naissance

Rue NPA/Lieu Téléphone Assureur

Traitement physiothérapeutique Thérapie médicale d’entraînement Hippothérapie

Traitement dans un bassin de marche/une piscine



Examen du logement ou du poste de travail (uniquement AA/AM/AI)

Robotique (uniquement AA/AM/AI)

N° AVS. **Supplément:**

N0 acc.: N° décision AI.:

Traitement à domicile

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:**

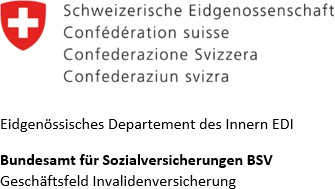
**Remarques:**

**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): Fréquence:**

**But du traitement:**

**Mesures thérapeutiques:**

**Physiothérapeute:**

**GLN: Date: Signature:**