



Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Prescription de Physiothérapie

Données personnelles

Nom
Prénom
Date de naissance
Rue
NPA/Lieu
Téléphone
Assureur
N° AVS.
NO acc.:
N° décision AI.:

Traitement physiothérapeutique* (choix unique)

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)

Supplément:

Traitement à domicile
Traitement le dimanche/jours fériés
Confection d'attelle

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: