

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

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

Type de séjour

- Rééducation clinique stationnaire
(A mon avis, une prise en charge ambulatoire est inenvisageable. Une prise en charge clinique s'impose pour les raisons ci-dessous)
- Séjour ambulatoire – *(une seule option peut être prescrite)*
- Cure / séjour de convalescence Cure thermale
- SAT *(soins aigus et soins de transition): remplissez en complément la page 4 svp.*

Motif de la prescription

Date d'entrée souhaitée

Maladie Accident

Date: _____ pour _____ jours

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

Nom

Lieu

RCC

Patient

féminin masculin

Nom / Prénom

Date de naissance

Rue / no.

NPA / lieu

Téléphone privé

tél. mobile

AVS Numéro d'assuré

Langue maternelle

Coordonnées des proches

Nom / Prénom

Rue / no.

NPA / lieu

Email

Téléphone privé

tél. mobile

Assureur

Assurance de base

Numéro

Assurance complémentaire / privée

Numéro

Type d'assurance	Division	Complément Suisse entière	Le patient arrive depuis son domicile
<input type="radio"/> Maladie	<input type="radio"/> commune	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
<input type="radio"/> Accident	<input type="radio"/> Semi-privé	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> non
<input type="radio"/> modèle HMO/médecin de famille	<input type="radio"/> Privé		

*Concernant les chambres à deux lits ou lits multiples lors d'un séjour de rééducation stationnaire:
Si un patient assuré en division commune souhaite bénéficier d'une autre catégorie de chambre, les frais supplémentaires seront à sa charge.*

Médecin prescripteur

Nom / Prénom

Hôpital / Cabinet

Rue / No.

NPA / lieu

Téléphone / Fax

Email

Service social de l'hôpital / de la Clinique

Hôpital / Clinique

Contact

Téléphone / Fax

Email

Données médicales

Diagnostic / déficiences fonctionelles:

Diagnostic secondaire

Thérapie(s)

Motif du traitement

Motifs médicaux:	Motifs médico-sociaux supplémentaires:

Certains établissements exigent le remplissage de 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

Lieu/Date/Signature/cachet du médecin prescripteur

Lieu/Date :	Cachet
Signature :	

Formulaire fourni par „Espaces Thermaux et Maisons de Cure Suisses“ - www.kuren.ch (actualisé en novembre 23)

Ne pas envoyer à l'association!

