



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 Suisse“ - www.kuren.ch
(actualisé en juin 2018)*

A compléter uniquement si le séjour est demandé comme SAT en page 1

Formulaire de déclaration pour soins aigus et de transition destiné aux fournisseurs de prestations ambulatoires

Evaluation établie par l'hôpital pour la prescription de soins aigus et de transition:

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Les problèmes médicaux sont connus et stabilisés | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'intervention d'un professionnel des soins est nécessaire pour une durée limitée et allant jusqu'à 24 heures par jour. | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Une réadaptation stationnaire n'est pas indiquée. | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La patiente ou le patient a le potentiel pour récupérer son autonomie et vivre dans son environnement habituel. | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La patiente ou le patient souhaite réintégrer son cadre de vie et d'habitation habituel. | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les objectifs des soins aigus et de transition ont été fixés d'entente avec la patiente ou le patient ou le cas échéant avec ses proches ou son représentant légal. | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

| | |
|---|--|
| Début des soins aigus et de transition: | |
| Durée probable: (max. 14 jours) | |

Qui dispense les soins aigus et de transition?

| | |
|---------------------------------------|--|
| No. RCC | |
| Nom du fournisseur de prestations | |
| Adresse du fournisseur de prestations | |
| Lieu, date | |

Signature du cachet médecin prescripteur de l'hôpital / cachet de l'hôpital

| |
|----------------------|
| Cachet de l'hôpital: |
| |
| Signature: |

- Copie à la patiente/au patient
 - Copie à l'assureur
 - Original à adresser au fournisseur de prestations SAT
-