

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*e

☐ féminin ☐ masculin

Nom / Prénom

Date de naissance

Rue / no.

NPA / lieu

Téléphone privé

AVS Numéro d'assuré

tél. mobil 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/La patient*e arrive depuis son domicile
☐ Maladie	☐ commune	☐ oui	☐ oui
☐ Accident	☐ Semi-privé	☐ non	☐ non
☐ modèle HMO/médecin de famille	☐ Privé		

Concernant les chambres à deux lits ou lits multiples lors d'un séjour de rééducation stationnaire:
Si un/une patient*e assuré*e 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 fonctionnelles:

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/la patient*e.*

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 juin 24)

Ne pas envoyer à l'association!

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

Les problèmes médicaux sont connus et stabilisés	☐ oui	☐ non
L'intervention d'un professionnel des soins est nécessaire pour une durée limitée et allant jusqu'à 24 heures par jour.	☐ oui	☐ non
Une réadaptation stationnaire n'est pas indiquée.	☐ oui	☐ non
La patiente ou le patient a le potentiel pour récupérer son autonomie et vivre dans son environnement habituel.	☐ oui	☐ non
La patiente ou le patient souhaite réintégrer son cadre de vie et d'habitation habituel.	☐ oui	☐ 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.	☐ oui	☐ non

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

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

Cachet de l'hôpital:

Signature:

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