



Prescription d'un traitement clinique stationnaire / réhabilitation

Informations importantes à l'intention du prescripteur:

Dans différents cantons, les cliniques se sont vues attribuer des mandats.

Ainsi, le patient doit non seulement présenter un besoin avéré d'une réhabilitation stationnaire, mais son profil médical doit également correspondre au mandat thérapeutique cantonal de la clinique.

Maison de cure avec un service de réhabilitation:

rue

NPA lieu

no. RCC (anciennement no. de concordat)

nom:	prénom:	division commune	<input type="checkbox"/>
adresse:	date de naiss.:	ch. privée à 2 lits/semi-privée	<input type="checkbox"/>
NPA / lieu:	no. de tél.:	privé	<input type="checkbox"/>
organisme payeur	numéro d'assuré:		

Questions au médecin prescripteur:

détermination du potentiel de réhabilitation

I. motif de la réhabilitation

traitement de réhabilitation

A. déficience fonctionnelle

B. date de l'opération

C. affection concomitante

II. début du traitement

III. objectif du traitement

IV. incapacité de travail oui/non: depuis quand? %

Date d'entrée / de transfert prévue:	Durée de séjour prévue:	jours
Degré du handicap	Indications sociales complémentaires:	
autonome <input type="checkbox"/>	vit seul(e)/trop loin d'une structure médicale ambul. <input type="checkbox"/>	
besoin d'une assistance minime pour: <input type="checkbox"/>	logement de configuration inadaptée (escaliers, etc.) <input type="checkbox"/>	
besoin d'une assistance importante pour: <input type="checkbox"/>	sa situation personnelle et domestique compromet sa guérison <input type="checkbox"/>	
(veuillez cocher ce qui convient)	la réhabilitation stationnaire permettra d'écourter le séjour hospitalier initial <input type="checkbox"/>	
se lever/s'habiller/manger/l'hygiène personnelle/marcher	<input type="checkbox"/>	
alité(e) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
marche à l'aide de cannes anglaises <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
patient(e) en fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A mon avis, une prise en charge ambulatoire est hors de question.

J'envoie, aujourd'hui encore, cette prescription au prestataire figurant ci-dessus, par courrier A.

Ce dernier transmettra immédiatement une demande d'autorisation de prise en charge à l'org. payeur.

Lieu et date:

prescrit par le médecin:

Cachet, no. de tél. et signature du médecin prescripteur

Ce document s'est inspiré du formulaire créé par le Comité de Travail des Fournisseurs de Prestations et des Assureurs pour une Réhabilitation Economique et de Qualité.

Formulaire: 799R

Pour une cure/un séjour de convalescence, veuillez utiliser le formulaire 799K. Vous pouvez le télécharger sur www.wohlbefinden.com