

## Prescription médicale

Pour une durée de: \_\_\_\_\_

### Données du patient

Nom: _____	Sexe: _____ <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Prénom: _____	Date de naissance: _____
Adresse: _____	Numéro d'assuré: _____
NPA et Lieu: _____	N° AVS/AI: _____

### Prescription

Prestations selon art. 7 OPAS/position tarifaire	Nombre d'heures prévues: _____
let. a ch. let. a ch. 1/2/3: évaluation/conseils/coordination	_____
let. b ch. 4/9: mesures thérapeutiques pour la respiration/surveillance d'appareils	_____
let. b ch. 7: préparation et administration de médicaments	_____

Remarque/évaluation/justification: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date: _____	Signature Personnel infirmier: _____	Cachet du cabinet médical: numéro RCC: _____
-------------	---	--

Date: _____	Signature du/de la médecin: _____	Cachet du cabinet médical: numéro RCC: _____
-------------	--------------------------------------	--

Date de la prescription: \_\_\_\_\_

Specialty Care Therapiezentren AG envoie un formulaire complété au/à la médecin. Si le/la médecin ne se manifeste pas dans les huit (8) jours ouvrables, il/elle accepte la charge en soins prévue.

**Veuillez consulter les informations destinées aux patients figurant au verso!**