FORMULAIRE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

Espaces Thermaux et Maisons de Cure Suisses

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	Casa Andrea Cristoforo
Lieu	6612 Ascona
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
○ Maladie	○ commune	○ oui	○ oui
○ Accident	○ semi-privée	○ non	○ non
○ modèle HMO/médecin de famille	○ privée		

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	☐ oui	☐ non
L'intervention d'un professionnel des soins est nécessaire pour une durée limitée et allant jusque'à 24 heures par jour.	☐ oui	☐ non
Une réadaption 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 on 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)	

Qui dispense les soins aigus et de transition?

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

Signature / cachet du 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

Formulaire fourni par „Espaces Thermaux et Maisons de Cure Suisse" - www.kuren.ch
(actualisé en juin 2018)