



PRESCRIPTION MÉDICALE POUR LA LOGOPÉDIE selon l'art. 10 OPAS

Coordonnées personnelles du patient

Nom:

Prénom:

Date de naissance: ☐ m ☐ f

Rue:

NP/Lieu:

Téléphone privé:

Employeur:

Téléphone prof.:

Caisse maladie:

Numéro d'assuré/e:

☐ Maladie ☐ Accident ☐ Invalidité

Nombre de consultations prescrites:
(normalement 12; clinique 9)

Thérapie à domicile: ☐ OUI ☐ NON

Diagnostic médical

Troubles du langage et de la parole, de l'articulation, de la voix ou du débit ayant une des causes suivantes:

- ☐ Atteinte cérébrale organique par
- ☐ infection ☐ traumatisme
 - ☐ séquelle post opératoire
 - ☐ intoxication ☐ tumeur
 - ☐ trouble vasculaire
- ☐ Affection phoniatrique
- ☐ Malformation labio-maxillo-palatine partielle ou totale
 - ☐ Altération de la mobilité bucco-linguo-faciale ou du voile du palais d'origine infectieuse ou traumatique ou comme séquelle post-opératoire
 - ☐ Dysphonie hypo- ou hyperfonctionnelle
 - ☐ Altération de la fonction du larynx d'origine infectieuse ou traumatique ou comme séquelle post-opératoire
 - ☐ troubles de l'audition
- ☐ Autres: _ _ _ _ _

Coordonnées personnelles du médecin prescripteur

N°rcc:

Date et signature du médecin:

.....

Remarques

Information concernant le déroulement du traitement:

☐ par écrit ☐ par téléphone ☐ pas nécessaire

Autre:
