



Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV  
Geschäftsfeld Invalidenversicherung

## Prescription de Physiothérapie

### Données personnelles

Nom  
Prénom  
Date de naissance  
Rue  
NPA/Lieu  
Téléphone  
Assureur  
N° AVS.  
NO acc.:  
N° décision AI.:

### Traitement physiothérapeutique\* (choix unique)

Traitement physiothérapeutique  
Thérapie médicale d'entraînement  
Hippothérapie  
Traitement dans un bassin de marche/une piscine  
Examen du logement ou du poste de travail (uniquement AA/AM/AI)  
Robotique (uniquement AA/AM/AI)

#### Supplément:

Traitement à domicile  
Traitement le dimanche/jours fériés  
Confection d'atelle

Ordonnance: première deuxième troisième quatrième traitement de longue durée  
(à partir de 37 séances, sous conditions page 2)

Diagnostics / constats pertinents pour le traitement: Motif / but du traitement:

Limites, mesures de précaution, contre-indications, schéma thérapeutique:

Remarques:

Médecin:

GLN:

Date:

Signature:

La première séance doit avoir lieu dans les 5 semaines suivant la délivrance de l'ordonnance, faute de quoi celle-ci perd sa validité.

\*Conformément à la convention tarifaire, l'ordonnance est valable pour une thérapie individuelle de 9 séances au maximum et pour une thérapie médicale d'entraînement de 36 séances au maximum. Pour l'AI, la décision de l'office AI compétent fait foi.

## Demande de garantie de prise en charge des coûts pour un traitement de longue durée

### Données personnelles

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

### Évaluation médicale

Recommandations pour la thérapie (à remplir par le médecin prescripteur)

Durée (nombre de semaines):

Fréquence:

Recommandation:

Médecin:

GLN:

Date:

Signature:

### Évaluation physiothérapeutique

Recommandations pour la thérapie (à remplir par le physiothérapeute traitant)

Durée (nombre de semaines):

Durée par séance (minutes):

Fréquence:

But du traitement:

Mesures thérapeutiques:

Physiothérapeute:

GLN:

Date:

Signature: