



Ordonnance permanente pour l'incontinence

Patient

Prénom / Nom de famille _____

Rue / N° _____

NPA / Localité _____

Numéro de téléphone _____ Date de naissance _____

Caisse-maladie

Caisse-maladie / Localité _____

N° d'assurance _____ N° de décision AI _____

LiMA de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pathologie | <input type="checkbox"/> Incontinence moyenne | <input type="checkbox"/> Irrigation du côlon |
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Incontinence sévère | <input type="checkbox"/> Auto-cathétérisme intermittent |
| <input type="checkbox"/> AI | <input type="checkbox"/> Incontinence totale | <input type="checkbox"/> Cathéter de drainage urinaire sus-pubien ou transurétral |

Article

Quantité	Référence article	Nom de l'article
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Remarques

Date _____ Signature _____ Numéro GLN
Cabinet médical _____

Veuillez envoyer le formulaire signé à l'adresse institutionen@zurrose.ch