

# Prescription d'ergothérapie - bilan observationnel

## Données du patient

A compléter ou coller une vignette

Nom, Prénom

Date de naissance

Adresse

Assureur et n° d'assuré

Téléphone

## Ergothérapeute

A compléter par l'ergothérapeute

Nom, Prénom

Adresse

E-Mail

Téléphone

N° INAMI

## Données sur le centre de rééducation fonctionnelle

A compléter

▪ Nom de l'établissement de rééducation fonctionnelle : .....

▪ Date de fin de rééducation ..... /..... /.....

patient hospitalisé (784302)

patient ambulatoire (784291)

☞ *L'ergothérapie à domicile doit débuter dans les 6 mois après la fin de la rééducation.*

☞ *L'intervention de l'assurance peut être accordée pour tout bénéficiaire ayant suivi un programme complet de rééducation dans un centre ayant conclu une convention locomotrice et/ou neurologique avec l'INAMI et à l'issue duquel le bénéficiaire va réintégrer son cadre de vie habituel.*

## Données médicales

A compléter

▪ Pathologie (Obligatoire) .....

▪ Conséquences sur l'autonomie (Obligatoire)

Soins personnels (hygiène, habillage, ...)

Vie domestique (gestion ménagère, administrative, budgétaire, ...)

Participation socio-familiale et loisirs

Autre(s)

☞ Veuillez joindre les bilans/rapports pluridisciplinaires

## Prestation demandée

A Cocher

Bilan observationnel initial

Médecin prescripteur spécialiste en réadaptation

Médecin généraliste et Adresse

Date et signature