

ORDONNANCE NEUROPSYCHOLOGIE AMBULATOIRE

*Champs obligatoires

<div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 2px;">Patient/e</div> <p>Nom* _____</p> <p>Prénom* _____</p> <p>Date de naissance* _____ Sexe _____</p> <p>Assurance* _____</p> <p>N° assurance* _____</p> <p>Rue* _____</p> <p>NPA/localité* _____</p> <p>Téléphone* _____</p>	<div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 2px;">Hôpital/Organisations*</div> <p>Nom/institution _____</p> <p>RCC ou GLN _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Motif du traitement* <input type="checkbox"/> LAMAL <input type="checkbox"/> LAA <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/> _____</p>
--	---

Motif de la demande*

- Bilan initial ou évolution
 Consultation mémoire
 Reprise professionnelle
 Conduite automobile
 Capacité de discernement
 Psychoéducation
 Autres

Motif détaillé

.....

.....

Médecin prescripteur

Nom* _____

Téléphone* _____

E-mail* _____

RCC ou GLN* _____

Adresse* _____

Date* _____

Signature* _____

Coordonnées

Les demandes sont à adresser au secrétariat de l'unité de Neuropsychologie / Logopédie

Tél : 026 306 22 58

Mail : nelo@h-fr.ch