

EVALUATION DES SOINS REQUIS

Fournisseur-s de prestations _____ No RCC _____

Nom / prénom **MONDEMO Patient** Date de naissance 22.01.1956

Rue / No Rue de la clinique 6 Assureur-maladie Une assurance

NPA / localité 1763 Granges-Paccot Si prestations fournies au titre LAA

Tél. 026 550 05 80 Assureur-accident _____

Employeur _____

Médecin

(nom/prénom/adresse)

MEDECIN Test, rte. d'Englisberg 13, 1763 Granges-Paccot

Allocation pour impotence ☐ légère ☐ moyenne ☐ grave

Motif de l'intervention ☒ Maladie ☐ Accident ☐ Maternité ☐ Infirmité congénitale

☐ Première évaluation / mandat ☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

Mandat valable dès le **01.04.2010**

Pour au maximum ☒ 3 mois ☐ 6 mois ☐ autre

Evaluation des prestations	Par semaine (estimation) Heures :	Ou par mois (estimation) Heures :	Total sur la période couverte par le mandat Heures :
Evaluation / Conseils OPAS 7, al. 2a		30 mn.	14 30
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b		15 mn.	45 mn.
Soins de base (complexes)			
Soins de base (simples)			
Total heures		45 mn	2 ^h 15
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre :	Nombre :	Nombre :
		1	3

Genre de prestations dispensées / prestations de la / des
organisation-s d'aide et de soins à domicile :

Contrôle santé
Instruction
Conseil) 1 f. / mois.

Infirmier/ère référent/e: une Infirmière

Sceau/signature :

[Signature]

Date : 30 III 2010

Remarques du médecin :

Médecin: MEDECIN Test

Sceau/signature :

[Signature]

Date : 6.4.10

No RCC