

DEMANDE DE GARANTIE POUR LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIO-VASCULAIRE AMBULATOIRE

Nom du patient :

Adresse :

Prénom :

Code postal, Lieu

Date de naissance :

Téléphone fixe :

État civil

Téléphone mobile:

Médecin prescripteur, clinique

Téléphone

Assurance

Numéro d'assuré(e)

Choix du lieu de réadaptation :

Gland

Crissier

1. Diagnostic selon OPAS :

2. Date de l'événement :

3. Motif de l'admission ICD10 :

4. Diagnostics secondaires selon ICD 10 :

5. Date de l'intervention chirurgicale :

Type d'intervention :

6. État actuel, profil de dépendance :

Potentiel de réhabilitation :

7. Objectif du traitement :

8. Date d'entrée souhaitée :

Se/on OPAS, Annexe 1, chapitre 11 : prise en charge si l'assureur a donné préalablement une garantie.

9. FEVG:

10. Programme prescrit :

Dysfonction VG

Chirurgie cardio-vasculaire

Capacité physique très faible

insuffisance artérielle des MI

État psychologique :

Obésité morbide

Anxiété

Comorbidités (*diabète, BPCO, handicap locomoteur*)

État dépressif

Programme de base si aucune case cochée, Programme complexe si une ou plusieurs cases cochées

Ces informations sont transmises directement au médecin-conseil ou à son service

Lieu, Date, Signature, Timbre :

Date et timbre de l'assureur

Réponse assurance

Accepté

Refusé

► Joindre à la demande une copie du rapport original de la coronarographie et les derniers examens sanguins. De plus, si effectuée, le rapport de l'échocardiographie.

► À faxer aux admissions de la clinique La Ligniere au numéro : 022 999 64 25