|  |
| --- |
| **Coordonnées personnelles du patient ou de la patiente** |
| Nom       |  | Genre [ ]  m [ ]  f [ ]  autre |
| Prénom       |  | Employeur/Lieu       |
| Date de naissance       |  | Téléphone prof.       |
| Rue       |  | Assureur       |
| NPA / Lieu       |  | N°d’ass./acc.       |
| Téléphone privé       |  | N°AVS       |
| E-Mail       |  |   |
| [ ]  Maladie [ ]  Accident Thérapie à domicile [ ]  OUI [ ]  NONNombre de consultations prescrites (normalement 12; clinique ambulatoire 9)       |
| **Diagnostic médical**  |
|      **Diagnostic selon l’art. 10 OPAS: Troubles du langage, de la parole, de la voix, du débit et de la déglutition ayant une des causes suivantes:** [ ]  Affections neurologiques par : [ ]  infection [ ]  traumatisme [ ]  séquelle post-opératoire [ ]  intoxication [ ]  tumeur [ ]  troubles vasculaires [ ]  hypoxie [ ]  troubles dégénératifs [ ]  Affections phoniatriques [ ]  malformations partielle ou totale des lèvres, de la langue, du palais, de la mâchoire ou du larynx[ ]  altération de la musculature oro-faciale ou de la fonction du larynx d’origine infectieuse, traumatique, tumorale, fonctionnelle ou comme séquelle post-opératoire**Remarques** Information concernant le déroulement du traitement [ ]  pas nécessaire [ ]  souhaitéeAutre :       |
| **Médecin (Tampon): N°RCC et GLN** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date et signature |  | **Coordonnées du, de la logopédiste effectuant le traitement (evtl Tampon): N°RCC et evtl. GLN**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date et signature  |

**\* ne pas renvoyer ce formulaire à la CAPSL**