

OPED Formulaire de location/ordonnance

Indications pour les assurances

- LAA (assurance-accident)
 CM (caisse-maladie) Veuillez cocher:
 Maladie Accident

Assurance/lieu

Assurance/lieu

N° accident

N° assuré

Informations d'ordre organisationnel

Date d'opération

Hôpital

Date de sortie

Taille du patient

Veuillez ici cocher le produit:



Désignation	N° article	Réglage	
<input type="checkbox"/> CAMOped Attelle de mobilisation genou (active)	CAMO-11-3	Degré Extension:	Degré Flexion:



Désignation	N° article	Réglage	
<input type="checkbox"/> CPM Attelle de mobilisation genou (passive)	CPMK-01-1	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite
		Degré Extension:	Degré Flexion:

Le formulaire est considéré comme commande et comme ordonnance.

Veuillez envoyer à: contact@oped.ch

(à remplir par l'Oped)

Lieferdatum

Instruktion

 Information Kosten Instruktionsspachale.

Ordonnance médicale

Informations du patient (étiquette du patient)

Nom

Prénom

Rue

NBA/Ville

Date de naissance

Tél.

Mobile

Adresse de livraison (si différente):

Nom

Prénom

Rue

NBA/Ville

 Thérapie à domicile dès le:

 Durée prévue de la thérapie: semaines

 Prolongation pour:

Indications du prescripteur

Prescripteur/Nom

Tél.

E-Mail

 Cachet et signature de médecin