



# Ordonnance permanente pour le soin des plaies

## Patient

Prénom / Nom de famille \_\_\_\_\_

Rue / N° \_\_\_\_\_

NPA / Localité \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

## Caisse-maladie

Caisse-maladie / Localité \_\_\_\_\_

N° d'assurance \_\_\_\_\_ N° de décision AI \_\_\_\_\_

## LiMA de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

- Pathologie     Accident     AI
- Produits pour thérapie de compression     Produits de traitement des plaies (à l'exclusion des limitations)
- Charbon actif, limitation     Matériel destiné au soin des fistules

## Article

Quantité	Pharmacode	Nom de l'article
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Remarques

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Numéro GLN  
Cabinet médical \_\_\_\_\_

**Veuillez envoyer le formulaire signé à l'adresse [institutionen@zurrose.ch](mailto:institutionen@zurrose.ch)**