**Prescription médicale pour la neuropsychologie diagnostique**

**Consultation au spécialiste/cabinet de neuropsychologie suivant:**

Nom / cabinet / institution :

Adresse :

|  |  |
| --- | --- |
| Patient/e  Nom :  Prénom :  Date de naissance :  Sexe:󠄀 󠄀 󠄀 󠄀 󠄀󠄀 󠄀 f 󠄀󠄀 m 󠄀󠄀 autre  Profession :  Rue :  Code postal / Ville :  Téléphone :  E-mail :  Caisse maladie :  Numéro d'assuré(e) :  Numéro AVS :  Si un(e) interprète est nécessaire, langue :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Personne accompagnatrice (si nécessaire)  Titre de civilité :  Nom :  Prénom :  Rue :  NPA / Lieu :  Téléphone :  E-mail :  Relation avec le/la patient(e) :  Prestataire/assurance selon :  󠄀 LAMal selon l'art. 11a OPAS  󠄀 AI 󠄀 󠄀󠄀 AA 󠄀 󠄀󠄀 AM  Le cas échéant, numéro de sinistre/de décision :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Prescription médicale**

󠄀 Je demande une neuropsychologie diagnostique pour une suspicion de troubles cérébraux, respectivement une évaluation de l'évolution des troubles.

**Médecin traitant**

Titre de la personne :

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA / Lieu :

Téléphone en cas de questions :

Adresse e-mail HIN :

RCC :

GLN :

Lieu, date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Remarque:

Si vous en disposez et si cela est utile pour la neuropsychologie diagnostique, veuillez envoyer séparément (c.-à-d. en plus de la prescription médicale) : les données et documents relatifs au diagnostic (de suspicion) dont les résultats et les rapports disponibles, y compris la liste des diagnostics et des médicaments. Merci beaucoup !