

- Formulaire obligatoire à partir du **01.01.2017**
- Format obligatoire : recto-verso
- Les rubriques suivantes sont **obligatoires** : - Date
 - Type ordonnance
 - Type de traitement
 - Nombre
 - Traitement
 - Signature/cachet du médecin

Dr. NOM Prénom
Spécialité

Code médecin : **901234-00**

99, rue xxxx
L-1234 Luxembourg
Tél : +352 123 456

Nom Prénom Personne protégée (facultatif)
Adresse
Adresse
Adresse

Matricule : _____

Nom patient : _____

Numéro accident : _____

Date accident : _____

La prescription doit être établie dans le délai de trente (30) jours à compter de la date de l'intervention.

Valable uniquement 1 x par intervention chirurgicale (même si plafond de séances de 32 non prescrit).

Type traitement prochaine ordonnance : pathologie courante ou pathologie lourde.

Toute pathologie ou partie du corps doit être indiquée via le code spécifique (cf. verso), et non pas par le libellé respectif.

Facultatif, sauf pour ZK12

ZK10 = codes C01 à C11

ZK11 = soit :

- tronc vertébrale (C12, C13 ou C14)
- plusieurs articulations
 - C01 à C14 - au moins 2
 - si bilatéral, alors indication double de la partie du corps concernée.

ZB10 non cumulable avec ZK10 à ZK17 (autorisation + facturation)

Pour guider le prestataire au mieux dans l'exécution de ses tâches. Si pas assez de place : feuille supplémentaire.

Indication des parties du corps et/ou pathologie peuvent y figurer, mais restent obligatoires, le cas échéant, dans les rubriques "Type de traitement" et "Traitement".

Ordonnance Médicale : Kinésithérapie

Date : _____

Type ordonnance :

Nouveau traitement

Bilan ZB10 (type de traitement et nombre/fréquence à ne pas remplir)

Prolongation

Type de traitement :

Pathologie courante (max. 8 séances)

Pathologie lourde (max. 64 séances)

Rééducation post-chirurgicale (max. 32 séances)

Pathologie* : _____

Date intervention : _____

Nombre/Fréquence (à ne pas remplir pour ZB10):

Nombre : _____ séances

Fréquence (facultatif) : _____ séances/semaine

Traitement (actes non cumulables –une seule case peut être cochée):

ZK10 Rééducation orthopédique simple (une articulation périphérique)

Partie du corps* : _____

ZK11 Rééducation orthopédique complexe (tronc vertébrale ou plusieurs articulations périphériques)

Partie(s) du corps* : _____

ZK12 Rééducation respiratoire

ZK13 Rééducation du plancher pelvien

ZK14 Rééducation concernant une pathologie d'origine neurologique affectant un seul membre

ZK15 Rééd. concernant une pathologie d'origine neurologique affectant plusieurs membres et/ou le tronc

ZK16 Drainage lymphatique manuel d'un membre

ZK17 Drainage lymphatique manuel de plusieurs membres

ZB10 Bilan

Traitement à domicile

ZD10 Frais de déplacement

Demande d'une fiche de synthèse

Remarque(s) :

Signature/cachet du médecin

*Indication obligatoire, listes détaillées au verso / Invalidation par le(s) prestataire(s) au verso

