



C.D.N. de la Fondation Wildermeth  
Ch. du Clos 22, 2502 Bienne  
Tél. secrétariat : 032 321 42 00  
[zen-sekretariat.chefarzt@hin.ch](mailto:zen-sekretariat.chefarzt@hin.ch)

**Personne référente**  
(médecin, cabinet)

## **Ordonnance médicale pour une demande d'évaluation au C.D.N.**

Nom / prénom :

Date de naissance :

Adresse :

No postal/lieu :

Tél. / Mobile :

Adresse mail :

Langue :

Traducteur nécessaire ?       oui       non

Caisse-maladie :

No d'assuré/e :

En cas de prise en charge par l'AI ou dossier en cours d'évaluation auprès de l'AI, no de l'OIC :

### **Motif de consultation pour une consultation neuropédiatrique**

difficultés motrices

épilepsie

autres (veuillez compléter) :

Le patient/la patiente a déjà les diagnostics médicaux suivants :

Le patient/ la patiente bénéficie des thérapies suivantes (médicaments incluses) :

Est-ce que des évaluations / examens en lien avec les questions susmentionnées ont déjà eu lieu ?

Non      Oui → veuillez nous transmettre les rapports

Merci de bien vouloir convoquer directement mon patient/ma patiente et de me faire parvenir un rapport d'évaluation.

Lieu, date

**Signature, tampon**

**Autres informations importantes concernant votre patient/votre patiente, ainsi que précisions sur les points susmentionnés.**

**Veuillez nous envoyer votre demande de bilan(s) à l'adresse postale susmentionnée ou par mail (adresse HIN)**