



C.D.N. de la Fondation Wildermeth
Ch. du Clos 22, 2502 Bienne
Tél. secrétariat : 032 321 42 00
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 (médications 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

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

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

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