

Demande remise de moyen auxiliaire divers du dépôt AI



				Date	
Utilisateur / utilisatrice du moyen auxiliaire				Adresse du demandeur / service thérapeutique	
Prénom, Nom					
Rue, no.					
NPA, lieu, canton					
Date naissance		Date sortie H		Tél.	
Diagnostic:				Adresse personne de contact	
Mensuration		Poids	kg	Grandeur	cm
Tél. professionnel		Tél. privé		Tél. portable	
No. d'assurance soc.				Tél.	

Ressource(s) requise(s) et/ou à évaluer (cocher la case correspondante) :

- Fauteuil roulant manuel
- Fauteuil roulant électrique
- Véhicule électrique (p. ex. scooter)
- Lit électrique
- Moyens auxiliaires dans la salle de bains (élevateurs de WC, élevateurs de baignoire, ...)
- Lève-personne
- Appareil de traitement
- Adaptations architecturales / changements structurels
- Ajustements et conversions de véhicules
- Rollator / Déambulateur
- Aide à la marche
- Divers :

Remarques:

Dépôt	Tel.
	Fax
	E-Mail
Collaborateur/trice	www.fscma.ch

Le moyen auxiliaire est disponible au dépôt AI	oui	non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cette communication n'est pas une évaluation		
Date		Visa