

1. Renseignements personnels

1.1 Indications personnelles

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Prénoms

tous les prénoms, prière d'écrire en majuscules le prénom usuel

féminin masculin

Date de naissance

jour, mois, année

Numéro d'assuré

13 chiffres, en commençant par 756

Etat civil

depuis

jour, mois, année

1.2 Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

E-Mail

Lieu de résidence actuel (au cas où il diffère du domicile légal, par ex. séjour hospitalier ou dans un home)

Nom de l'institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

En cas de séjour dans un hôpital ou dans un home

Date de l'entrée

1.3 Curatelle et mandat pour cause d'inaptitude

Existe-t-il une curatelle ?

oui non

Existe-t-il un mandat de surveillance au sens des articles 360 ss CCS ?

oui non

Si oui, nom et adresse du curateur/du représentant

Si oui, prière de joindre à cette demande une copie de l'acte de nomination du curateur ou du mandat pour cause d'inaptitude.

Siège de l'autorité compétente

1.4 Citoyenneté

Ressortissant-e-s suisses
Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

Ressortissant-e-s étrangers/-ères
Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

2. Données générales

2.1 Rente de vieillesse

Nom et adresse de la caisse de compensation qui verse la rente de vieillesse.

Touchez-vous une rente vieillesse de l'étranger ? (Prière de joindre une attestation correspondante)

oui non

Si oui, de quel pays ?

2.2 Caisse-maladie

Après de quelle caisse-maladie êtes-vous assuré (assurance de base) ?

Nom et adresse

2.3 Prestations complémentaires

Touchez-vous des prestations complémentaires ? (Dans l'affirmative, prière de joindre une attestation correspondante)

oui non

2.4 Allocation pour impotent

Touchez-vous déjà une allocation pour impotent ?

oui non

3. Données sur l'atteinte à la santé

3.1 Accident ou origine de l'atteinte

L'atteinte à la santé est-elle due totalement ou en partie à:

- un accident (par ex. accident de circulation, exercice d'une activité professionnelle ou sportive, violence, etc.)
- une autre origine (par ex. éventuelle erreur médicale, infection contractée dans un hôpital, blessure causée par un animal, des produits, une tentative de suicide, etc.)

Remarques complémentaires à l'événement

3.2 Médecin, hôpital ou centre de soins

Qui vous a traité en dernier lieu, respectivement vous a prescrit le moyen auxiliaire demandé ?

Nom et adresse

Spécialité	Pour quelles affections ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
En traitement depuis	En traitement jusqu'au
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jours, mois, année	jours, mois, année

Nom et adresse

Spécialité	Pour quelles affections ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
En traitement depuis	En traitement jusqu'au
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jours, mois, année	jours, mois, année

4. Données relatives à l'impotence

4.1 Actes ordinaires de la vie

La personne assurée a-t-elle régulièrement et de façon importante besoin de l'aide directe (« physique ») ou indirecte (« incitations ») d'un tiers en raison de son impotence et malgré l'utilisation de moyens auxiliaires ?

Se vêtir/se dévêtir

oui non

depuis (mois/année)	genre et fréquence de l'aide (description exacte)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se lever/s'asseoir/se coucher

oui non

depuis (mois/année)	genre et fréquence de l'aide (description exacte)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manger (couper les aliments/porter les aliments à la bouche)

oui non

depuis (mois/année)	genre et fréquence de l'aide (description exacte)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Soins du corps (se laver, se coiffer, se raser, se baigner/se doucher)

oui non

depuis (mois/année)	genre et fréquence de l'aide (description exacte)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aller aux toilettes (propreté, se rhabiller, sonder ou acte similaire)

oui non

depuis (mois/année)	genre et fréquence de l'aide (description exacte)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se déplacer (dans l'appartement/à l'extérieur)

oui non

depuis (mois/année)

genre et fréquence de l'aide (description exacte)

Entretenir des contacts sociaux

oui non

depuis (mois/année)

genre et fréquence de l'aide (description exacte)

4.2 Prestations d'aide médicale

Avez-vous besoin de soins permanents ou de prestations d'aide médicale (par ex. l'administration quotidienne de médicaments, le changement de pansements, etc.) ?

oui non de jour de nuit

Si oui, sous quelle forme et dans quels domaines ?

--

Depuis quand le besoin de soins existe-t-il dans cette mesure ?

--

mois/année

Par qui l'aide a-t-elle été ou est-elle apportée (avant, resp. après l'entrée à l'hôpital ou au home) ?

Nom/institution

--

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

--	--

4.3 Surveillance personnelle

Nécessitez-vous une surveillance personnelle ?

oui non de jour de nuit

Si oui, sous quelle forme et dans quels domaines ?

--

Depuis quand le besoin de surveillance existe-t-il dans cette mesure ?

--

mois/année

Qui s'occupe de la surveillance ?

Nom/institution

--

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

4.4 Alitement

Devez-vous continuellement rester couché(e) ?

oui non

Combien d'heures par jour en moyenne pouvez-vous vous lever ?

4.5 Moyens auxiliaires

Avez-vous des moyens auxiliaires ?

oui non

Si oui, lesquels ?

4.6 Formulaire rempli

Ce formulaire a été rempli par :

Nom de l'institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Mobile

5. Autorisation de communiquer des renseignements

En faisant valoir son droit aux prestations et en signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/ e autorise les personnes et offices mentionnés dans la demande à communiquer aux organes de l'assurance-invalidité tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations et de recours en vue de la prise d'une décision. Ces personnes et offices sont soumis à l'obligation de renseigner. Les employeurs qui ne sont pas nommément mentionnés dans ce formulaire, les fournisseurs de prestations en vertu des articles 36-40 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), les assurances et les offices sont autorisés à communiquer aux organes de l'assurance-invalidité, sur leur demande, tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations et de recours en vue de la prise d'une décision. En signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e ou des avocat-e-s donne son autorisation pour recourir aux renseignements de tiers.

6. Signature/Annexes

Le/la soussigné-e atteste avoir donné dans ce formulaire des renseignements complets et conformes à la vérité et qu'il en est de même pour les annexes y relatives.

Date

Signature de la personne assurée ou de son/sa représentant(e)

Adresse du/de la représentant(e) de la personne assurée si cette dernière ne signe pas en personne

Remarques complémentaires

Pièces à joindre à la demande :

- copie des pièces d'identité officielles (par ex. livret de famille, certificat individuel d'état civil ou acte de famille, récépissé des papiers déposés, passeport), qui sont liées aux données personnelles
- pour les ressortissants étrangers: copie du permis d'établissement ou de séjour

À joindre si nécessaire :

- acte de nomination du curateur, mandat pour cause d'inaptitude, rapport d'entrée ou de sortie en cas de séjour dans un home

7. Données du médecin-traitant

7.1 Diagnostics

Diagnostics (Diagnostics principaux en lettres capitales)

Examen du

En traitement du

En traitement au

7.2 Moyen auxiliaire

L'impotence peut-elle être réduite par l'octroi d'un moyen auxiliaire ?

oui non

Si oui, desquels?

7.3 L'état de santé

L'état de santé de la personne assurée est

inchangé s'améliore s'aggrave

7.4 Pronostic

7.5 Données relatives à l'impotence

Les renseignements fournis sous chiffre 4 coïncident-ils – aussi en ce qui concerne le besoin d'aide – avec les constatations que vous avez faites ci-dessus ?

oui non

7.6 Remarques

Remarques (prière de compléter en particulier pour des données plus détaillées au cas où vous avez répondu par la négative à la question précédente)

7.7 Signature

Nom

Prénom

Date

Timbre et signature du médecin

Adresse exacte (cabinet/service)

Numéro de téléphone en cas de questions complémentaires

(S'il n'est répondu qu'aux questions 8.1 - 8.6, la position Tarmed 00.2205 (auparavant 1132) peut être utilisée dans la facture. Si des investigations complémentaires sont nécessaires sous 8.7, la position Tarmed 00.2230 (auparavant 1131) peut être utilisée ou la position Tarmed 00.2240 pour autant que le rapport nécessite plus de 10 minutes).

8. Organe compétent pour recevoir la demande

La demande doit être déposée auprès de l'office AI du canton de domicile.