

Limitatio voir [LS](#)

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: Né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° d'assurance:

Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil)

Par la présente l'ophtalmologiste qualifié(e) d'une clinique/d'un centre ci-dessous confirme le diagnostic pour le/la patiente nommé(e) ci-dessus:

dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative (humide) – DMLA

Traitement **simultané** des **deux yeux** chez le/la patient(e)

Date du diagnostic du premier œil: Date du diagnostic du deuxième œil:

Ophtalmologiste qualifié(e) d'une clinique/d'un centre A, B et C confirmant le diagnostic:

Nom: Prénom:

Tél. direct: E-mail:

A. En traitement dans une clinique/centre (dans laquelle/lequel l'ophtalmologiste confirmant le diagnostic travaille):

Le traitement est assuré dans la clinique/le centre suivant(e):

Nom de la clinique/du centre: Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Il s'agit d'une clinique/d'un centre avec la qualification suivante (conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH (<http://www.siwf-register.ch>):

Clinique/centre A Clinique/centre B Clinique/centre C

B. Traitement chez un ophtalmologiste en cabinet:

Traitement chez un ophtalmologiste en cabinet. La clinique ci-dessus assure le premier examen ou confirme le diagnostic (condition conformément à la limitation).

Coordonnées de l'ophtalmologiste:

Nom, Prénom: Rue: Complément d'adresse:

NPA, Lieu: E-mail.: Tél.:

Remarques/Compléments:

Date: