

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 (dite humide) DMLA
- Perte de vision due à un œdème maculaire diabétique (OMD)
- Perte de vision due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de veine rétinienne (occlusion de branche veineuse rétinienne OBVR et occlusion de la veine centrale de la rétine OVCR)
- Perte de vision due à une neovascularisation choroïdienne (NVC) consécutive à une myopie pathologique (MP)
- Pour toutes les indications: 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 C Clinique/centre C

B. En 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.: Date: