

## Demande d'intervention pour :

### A remplir par l'ophtalmologue

☐ Monsieur      ☐ Madame

Nom

Prénom

Adresse

Date de naissance

Téléphone

Mobile

e-mail

Profession actuelle

Caisse maladie (base)

Numéro NSS

Ophtalmologue

Difficultés:

- ☐ Accès à la lecture
- ☐ Déplacements
- ☐ Communication (ordinateur, tablette, smartphone .....)
- ☐ Vie quotidienne (cuisine, loisir,....)
- ☐ Vie professionnelle
- ☐ Démarches administratives

Demande principale?

Autre / remarques

La personne a-t-elle bénéficié de prestations de l'assurance invalidité  
durant les 10 dernières années ? (même non liées à la vue)

☐ Non ☐ Oui

Annexes :

☐ Certificat médical de Centrevue



☐ Ordonnance d'ergothérapie



☐ Attestation médicale pour les voyageurs avec un handicap



☐ Copie des tests du champ visuel (s'ils ont été effectués)

Formulaire rempli par:

Date :

A enregistrer et à envoyer en document joint à [centrevue@evs-hin.ch](mailto:centrevue@evs-hin.ch)