

Ordonnance LCA pour la podologie

Date:

Destinataire:

Patient

Nom _____
Prénom _____
Date de naisc. _____ Sexe _____
Rue _____
NPA / Lieu _____
N° AVS _____
Téléphone _____
Mail _____

Assureur

Nom _____
Rue _____
NPA / Lieu _____
GLN _____

Employeur / Cas

Nom _____
NPA / Lieu _____
Loi / N° assurance _____
N° cas / date _____

Prescription

- Podologie/traitement méd. des pieds Orthonyxie Prothétique des ongles
 Massage des pieds et des jambes Orthèse de correction et de protection contre la pression
 Autres: _____

Anamnèse

Diagnostic

Motif du traitement

Remarques

Médecin

GLN _____ RCC _____
Mail _____

Podologue

GLN _____ Tél. _____
Mail _____

**Transmission
électronique**