

Prescription de massage médical

Date

Patient

Nom

Prénom

Date de naiss.

Sexe

Rue

NPA / Lieu

N° AVS

Téléphone

eMail

Destinataire:

Assureur

Nom

Rue

NPA / Lieu

Données d'assurance

Raison du traitement

Loi/N° assurance

N° cas/date cas

Traitement massothérapeutique / diagnostic (à compléter par le médecin s'il le désire)

Mesures massothérapeutiques

- Massage médical
- Mobilisation des articulations
- Drainage lymphatique manuel
- Thérapie des zones réflexes
- Bandage fonctionnel (tape, bandage, etc.)
- Électrothérapie
- Instruction, gymnastique
- Autres

Objectif de la thérapie

Ordonnance

Contrôle médical après traitements

Nombre de traitements

- Traitement à domicile Traitement de longue durée 2 traitements par jour

Diagnostic / remarques

Médecin

GLN

Tél.

eMail

RCC

Fax

Masseur-thérapeute

GLN

Tél.

eMail

ZSR

Fax

Transmission
électronique