

Patient

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

Date _____

Destinataire:

Assureur

Nom _____
Rue _____
NPA / Lieu _____
Loi / N° assu. _____
N° cas / date _____

Diagnostic

notification séparée au médecin-conseil selon LaMal

Employeur

Nom _____
Rue _____
NPA / Lieu _____

Traitement physiothérapeutique proposé (à compléter par le médecin s'il le désire)

But du traitement

- Analgésie/anti-inflammatoire
- Amélioration de la fonction articulaire
- Amélioration de la fonction musculaire
- Proprioception/coordination
- Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire
- Amélioration de la fonction circulatoire

Autres _____

- But particulier
- Bandages (Tape)
- Instruction

Ordonnance _____

Contrôle médical après _____ traitements

Nombre de traitements _____

Traitement à domicile Traitement de longue durée 2 traitements par jour

Location d'appareils: _____

Remarques _____

Mesures physiothérapeutiques

(à compléter par le médecin s'il le désire)

En accord avec le médecin, le/la physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

Médecin

Mail _____

GLN _____ RCC _____

Physiothérapeute

Mail _____

GLN _____ Tél. _____

Transmission électronique
