

Patient

Nom	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
Rue	<input type="text"/>		
NP, lieu	<input type="text"/>		
Date de naiss.	<input type="text"/>	Sexe	<input type="text"/>
AVS	<input type="text"/>		
Téléfon	<input type="text"/>		

Assureur

Nom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>
NP, lieu	<input type="text"/>
GLN	<input type="text"/>

Employeur

Nom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>
NP, lieu	<input type="text"/>

Données

Diagnostic de transfert

Objectifs du traitement

Destinataire

Médecin traitant

Nom/Prénom	<input type="text"/>		
Rue	<input type="text"/>		
NP, lieu	<input type="text"/>		
GLN	<input type="text"/>	RCC	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>		

Cas

Loi / N° d'assu.	<input type="text"/>
N° / Date accident	<input type="text"/>

Evaluation essentielle p.ex. mesure de la mobilité articulaire, de la force, des douleurs - indication de la méthode et de la valeur mesurée

Mesure d'entrée

Mesure actuelle

Coopération du patient

bonne

suffisante

inconsistente

élargissement des symptômes

Appréciation / Procédure / Questions

Aide à la décision relative à la capacité de travail

Capacité de travail exigible du point de vue physiothérapeutique à partir de

:

Physiothérapeute

Date:

Signature:

superflu pour envoi électronique

GLN

RCC

Mail

Transmission électronique