

Prescription de Physiothérapie

Identité

Nom
Prénom
Adresse
NPA/Lieu
Date de naissance
Téléphone privé
Employeur
NPA/Lieu
Téléphone prof.
Assureur
N° d'ass./acc.

Diagnostic

notification séparée au médecin-conseil selon LaMal

maladie

accident

invalidité

Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par le médecin):

ordonnance: première deuxième troisième quatrième traitement de longue durée

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

Mesures physiothérapeutiques:

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

Nombre de traitements: Traitement à domicile 2 traitements par jour Contrôle médical après _____ traitements

Location d'appareils: _____

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 (Timbre): N° CSCM:

Physiothérapeute (Timbre CSCM):

Date: _____ Signature: _____

Date: _____ Signature: _____

Remarques: