



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: