

MEDIZINALTARIF-Kommission UVG (MTK) COMMISSION DES TARIFS MEDICAUX LAA (CTM) COMMISSIONE DELLE Tariffe Mediche Lainf (CTM)

INVALIDENVERSICHERUNG (IV) ASSURANCE INVALIDITE (AI)

MILITÄRVERSICHERUNG (MV) ASSURANCE MILITAIRE (AM)

ASSICURAZIONE INVALIDITA (AI) ASSICURAZIONE MILITARE (AM)

Prescription de Physiothérapie

Identité:				
Nom				
Prénom				
Adresse				
NPA/Lieu				
Date de naissance	T.		1	
Téléphone privé				
Employeur	Diagnostic	Diagnostic:		
NPA/Lieu	O notification	O notification séparée au médecin-conseil selon LaMal		
Téléphone prof.				
Assureur				
N° d'ass./acc.				
	O maladie	o accident	○ invalidité	
Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par	: lo módooin):			
ordonnance: O première O deuxième O troisième	O quatrième	• traitement de		
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 Nombre de traitements: Traitement à domicile		iothérapeutiques: ar le médecin s'il le désire) as par jour Contrôle médica	l après traitements	
En accord avec le médecin, le/la physiothérapeute peu mieux le but du traitement.	ıt choisir ou modi	fier les moyens et méthod	es pour atteindre au	
Médecin (Timbre): N° CSCM.:	Physiothérapeu	Physiothérapeute (Timbre CSCM):		
Date: Signature:	Date:	Signature:		
Remarques:		-		