medForms.ch
© 2023, tous droits réservés

Prescription de massage médical

Date

Patient

Nom

Prénom

Date de naisc. Sexe

Rue

NPA / Lieu

N° AVS

Téléphone

eMail

Destinataire: Masseur-thérapeute

Assureur

Nom

Rue

NPA / Lieu

Données d'assurance

Raison du traitement

Loi/N° assurance

N° cas/date cas

Traitement massothérapeutique / diagnostic (à compléter par le médecin s'il le désire)

Mesures massothérapeutiques

- ☐ Massage médical
- ☐ Mobilisation des articulations
- ☐ Drainage lymphatique manuel
- ☐ Thérapie des zones réflexes
- ☐ Bandage fonctionnel (tape, bandage, etc.)
- ☐ Électrothérapie
- ☐ Instruction, gymnastique
- ☐ Autres

Objectif de la thérapie

Ordonnance Contrôle médical après traitements

Nombre de traitements ☐ Traitement à domicile ☐ Traitement de longue durée ☐ 2 traitements par jour

Diagnostic / remarques

Médecin

GLN RCC

Tél. Fax

eMail

Masseur-thérapeute

GLN ZSR

Tél. Fax

eMail

Transmission électronique

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!