

Rapport physiothérapeutique

Patient / Employeur

Nom:

Prénom:

Rue:

NP, lieu:

D. naiss./AVS:

Sexe/Tél.:

Employeur:

Rue:

NP, lieu:

Assureur

N° cas/sinistre:

Date cas/accident:

Loi:

Données

Diagnostic de transfert

Objectifs du traitement

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: :

Institut de physiothérapie

Date:

Signature: _____
superflu pour envoi électronique

GLN, RCC: