

Demande de garantie de prise en charge des coûts pour un traitement de longue durée

Données personnelles

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Évaluation médicale

Recommandations pour la thérapie (à remplir par le médecin prescripteur)

Durée (nombre de semaines):

Fréquence:

Recommandation:

Médecin:

GLN:

Date:

Signature:

Évaluation physiothérapeutique

Recommandations pour la thérapie (à remplir par le physiothérapeute traitant)

Durée (nombre de semaines):

Durée par séance (minutes):

Fréquence:

But du traitement:

Mesures thérapeutiques:

Physiothérapeute:

GLN:

Date:

Signature: