

Ordonnance et commande pour attelle de mobilisation CPM

PATIENT/E

Nom, Prénom	Date de naissance
Adresse, CP, Lieu	
Téléphone, Mobil	

ORDONNANCE MÉDICALE

Médecin:	Clinique/ Hôpital	Tampon et Signature
----------	-------------------	---------------------

LIVRAISON

Début	Durée
-------	-------

ASSURANCE

Assureur	Agence	
Assurance accident <input type="checkbox"/>	Caisse maladie <input type="checkbox"/>	
Date de l'accident	Réf. no. accident	

ATTELLE DE MOBILISATION CPM

Genou <input type="checkbox"/>	Remarques
Hanche <input type="checkbox"/>	

Informations pour les patients sur les prises en charge sont disponibles sur notre site web www.kinerent.ch

Envoyez l'ordonnance à Fax: **032 323 30 00**
 E-Mail: **info@kinerent.ch**