

Formulaire d'admission ambulatoire en réadaptation musculo-squelettique

I - Données du patient

COLLER ICI L'ÉTIQUETTE DU PATIENT

Nom : _____ F M Date de naissance : _____
Prénom : _____ Etat civil : _____
Adresse : _____
NPA/Lieu : _____ N° tél. : _____
E-mail: _____
Médecin de famille : _____

Assurance de base : _____ N° de l'assuré : _____
Assurance complémentaire : _____ N° de l'assuré : _____
Catégorie : Maladie Accident Autre

II - Questions au médecin prescripteur

A) Date d'entrée souhaitée : _____ Durée du séjour : _____ Jours

B) Diagnostics (raisons du traitement) :

C) Diagnostics concomitants :

E) Traitements suivis à ce jour:

Timbre du médecin prescripteur

Date : _____ Signature : _____

Téléphone du médecin prescripteur: _____