

### 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.kinereha.ch](http://www.kinereha.ch)

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