



## 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):

Frequenz:

But du traitement:

Mesures thérapeutiques:

Physiothérapeute:

GLN:

Date:

Signature: