

PRESCRIPTION DE BANDAGES ET ORTHÈSES

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : masculin féminin divers

MOTIF DU TRAITEMENT

accident

maladie

AI

autres : _____

PROBLÈME LIÉ À L'APPAREILLAGE

Côté du corps : droite gauche des deux côtés tronc

MOYEN AUX. / APPAREIL DE TRAITEMENT PRESCRIT

Description du produit :

Justification (pour un produit de marque spécifique) :

APPAREILLAGE

urgent à l'hôpital au domicile à porter même la nuit non substituable

PRESCRIT PAR :

Date / Signature

avec demande de consultation par téléphone : _____

Remarque à destination du patient / de la patiente

Le patient / la patiente n'est pas tenu(e) d'acheter des produits Bauerfeind. Le patient / la patiente décide librement quels moyens auxiliaires acheter et auprès de quel point de remise. Si pour des raisons médicales le médecin a nommément inscrit un produit dans la prescription, le point de remise ne doit modifier le produit qu'après concertation avec le médecin traitant.