

**DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE
POUR KINESITHERAPIE ET ORTHOPTIE
(AU-DELA DE 10 SEANCES)**

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E) :	
Nom et prénom	
Date de naissance	
Référence client	

ACTES DEVANT ETRE DISPENSES :	
Code de l'acte ou lettre-clé et son coefficient	
Nombre total de séances	
Date de la prescription médicale	
Acte nécessitant d'être réalisé à domicile	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Acte urgent	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

MOTIF DES SOINS :	
Maladie <input type="checkbox"/> Nature de l'affection Date de première constatation médicale / / Acte en rapport avec une ALD OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Maternité <input type="checkbox"/> Date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement / /	
Accident du travail ou maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Date / /	

Signature et tampon du praticien

**Joindre obligatoirement
l'ordonnance médicale**