

Confidentiel

Assura
Dr Eric Rochat
Médecin-conseil
Case postale 7
1052 Le Mont-sur-Lausanne

ASSURA

Médecin-conseil

«Pour un traitement thérapeutique dépassant 12 séances, le thérapeute doit, spontanément et sans frais, faire parvenir au médecin-conseil d'Assura un rapport (voir questionnaire au verso) mentionnant le type de troubles soignés, l'amélioration après 12 séances et le nombre de séances encore nécessaires pour terminer le traitement.»

Traitement de médecine complémentaire

Questionnaire

Coordonnées de l'assuré:

Nom: _____ Prénom: _____

Assurance n°: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ NPA/Localité: _____

1. Qui a recommandé le traitement?

Le traitement fait suite à la demande de l'assuré(e)

Le traitement a été prescrit par le médecin

Nom du médecin: _____

2. Quels problèmes/troubles ont été évoqués pour justifier le traitement?

3. Quand le traitement a-t-il débuté pour ces problèmes/troubles?

Début de traitement: _____

4. Quelle est la date d'apparition des symptômes?

Date de l'apparition des symptômes: _____

5. Quel est le nombre de séances déjà effectuées?

Dates et buts des séances: _____

6. Quelles sont les améliorations constatées après votre traitement et sur quel(s) plan(s) physique, émotionnel, nutritionnel, autre?

7. L'assuré(e) apporte-t-il (elle) une contribution à l'amélioration de son traitement?

Non Oui (Si oui, laquelle et avec quel succès et sur quel(s) plan(s) physique, émotionnel, nutritionnel, autre?): _____

8. Des médicaments/compléments alimentaires ont-ils été prescrits dans le cadre du traitement?

Non Oui (Si oui, lesquels, posologie): _____

9. Sur la base de son état de santé actuel, d'autres traitements sont-ils nécessaires?

Non Oui (Si oui, combien et sur quel(s) plan(s) physique, émotionnel, nutritionnel, autre?): _____

Avez-vous adressé votre patient(e) à un autre médecin/thérapeute? _____

10. En cas de réponse positive à la question 9, quel est le but des traitements envisagés:

Il s'agit d'un traitement préventif ou de promotion de la santé

Il s'agit d'un traitement thérapeutique

Il s'agit d'un traitement d'entretien

Il s'agit d'un traitement de confort/bien-être

Lieu et date: _____ Timbre et signature: _____

Adresse d'envoi voir au verso