

Ordonnance à faxer au 062 386 60 69

Genou



G D

Cheville



G D

Épaule



G D

Coude



G D

actif - genou



G D

VenaFlow



Adresse du domicile

Nom

Prénom

Rue

NPA / Lieu

Téléphone

Mobile

Date de naissance

Accident

Maladie

Assurance

Caisse maladie

No. accident

Date de sortie

Hôpital

Docteur

Adresse de livraison

Nom

Prénom

Rue

Téléphone

NPA / Lieu

Mobile

Durée

30 jours de _____ à _____

Prolongement

à _____

Remarques

Timbre / Signature

(du médecin/hôpital traitant)