



QUESTIONNAIRE RELATIF AU TRAITEMENT DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

| Données personnelles du thérapeute: | |
|--|-----------------|
| Nom: | Prénom: |
| N° RCC (si existant): | |
| Données personnelles de l'assuré/e: | |
| Nom: | Prénom: |
| Adresse: | NPA Lieu: |
| N° d'assuré/e (en alternative: numéro de sécurité sociale): | |

1. Pour quelle raison la personne susmentionnée est-elle en traitement chez vous?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Traitement de maux actuels | <input type="checkbox"/> Éviter les rechutes / Prévention |
| <input type="checkbox"/> Maternité | <input type="checkbox"/> Amélioration du bien-être |
| <input type="checkbox"/> Accident | |

2. Veuillez livrer des indications relatives aux points suivants:

Maux actuels:

.....
.....

Depuis quand les maux actuels sont-ils présents?

.....

Quand avez-vous commencé le traitement?

.....

Quelles mesures / formes de thérapie avez-vous employées?

.....
.....

Comment la thérapie s'est-elle déroulée jusqu'à présent et quels objectifs thérapeutiques ont-ils été atteints?

.....
.....
.....

3. La thérapie a-t-elle été terminée (pas de nouvelle thérapie prévue dans les trois prochains mois)?

- Oui, date: (dans ce cas, il n'est pas nécessaire de répondre aux questions 4 et 5)
 Non (veuillez répondre aux questions restantes)

4. Quel but doit être atteint principalement avec la poursuite de la thérapie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Traiter les maux persistants | <input type="checkbox"/> Éviter les rechutes / Prévenir |
| <input type="checkbox"/> Thérapie de maux chroniques | <input type="checkbox"/> Amélioration du bien-être |



5. **Combien de séances sont encore nécessaires pour atteindre l'objectif fixé et jusqu'à quelle date?**

.....

6. **Concernant les maux cités:**

D'autres thérapeutes de médecine complémentaire ont-ils/elles été consultés/es?

Oui Non Je ne sais pas

Nom et adresse des thérapeutes:

Formes de thérapie appliquées:

.....
.....
.....

Des mesures de médecine classique ont-elles été prises?

Oui Non Je ne sais pas

Nom et adresse des médecins:

.....
.....

Diagnosics de médecine classique (si vous les connaissez):

.....
.....

Eclaircissements / Examens / Mesures de thérapie effectués (dont vous avez connaissance):

.....
.....

Une physiothérapie a-t-elle été effectuée au cours des 12 derniers mois?

Oui Non Je ne sais pas

Nom et adresse des physiothérapeutes:

.....
.....

7. **Autres informations pertinentes**

.....
.....

.....
Lieu et date

.....
Signature et timbre

Veillez nous retourner par courrier le questionnaire dûment complété et signé. Nous vous remercions pour votre collaboration.