

**Le médecin traitant**

Nom et Prénom :

Exerçant à :

en qualité de :

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL**Pour prise en charge
D'APPAREILLAGE MEDICAL****Nom et Prénom du Malade**

Age :

Profession :

Nature de la maladie (ordinaire, professionnelle ou autre à préciser) :

Date approximative d'apparition de la maladie :

Eléments du dossier médical :

.....

.....

.....

.....

Diagnostic final :

.....

.....

.....

.....

Appareillage prescrit :

Le malade a-t-il déjà bénéficié d'un appareillage similaire ? Oui Non Si oui, lequel ?

.....

.....

..... le

Signature et cachet du médecin