

INFORMATIONS PATIENT

Date :/...../.....

Nom (naissance) et prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Mail :

PRESCRIPTION RÉALISÉE

- ☐ Pendant la phase de traitement – la prescription peut être réalisée une fois par an
- ☐ Après la fin du traitement – la prescription peut être réalisée jusqu'à 12 mois après la fin du traitement

JE PRESCRIS LE OU LES BILANS SUIVANTS SELON LES BESOINS DU PATIENT :

- ☐ Bilan initial de condition physique et motivationnel
- ☐ Bilan nutritionnel
- ☐ Bilan psychologique

> À l'issue du ou des bilans, la structure labellisée peut proposer des consultations de suivi diététiques et/ou psychologiques qui doivent être réalisées dans l'année qui suit le bilan, sans avance ni reste à charge pour le patient, dans la limite du forfait réglementaire².

**TROUVER UNE
STRUCTURE
LABELLISÉE POUR
VOTRE PATIENT**



Coordonnées de la structure labellisée

.....

Nom, fonction, lieu d'exercice :

.....

.....

N° RPPS :

**SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR /
CACHET**

(1) Cette prescription est à transmettre à la structure labellisée choisie ou remise au patient afin qu'il la présente lors de sa première prise de contact

(2) 45 € maximum par bilan et 22,50 € par consultation