

RAPPORT DE FIN DE TRAITEMENT DE KINESITHERAPIE pour AYANT-DROIT de la DEFENSE

Nom du kinésithérapeute

Adresse du kinésithérapeute

Tél du kinésithérapeute

E-Mail du kinésithérapeute

n° INAMI du kinésithérapeute

A. DONNEES D'IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom du patient

Prénom du patient

Numéro matricule militaire

Tél du patient

B. DONNEES DE RENVOI/PRESCRIPTION MEDICALE

Type pathologie

Question de consultation

Référence de la prescription

C. DIAGNOSTIC KINESITHERAPEUTIQUE

Problème de fonctionnement (en termes de troubles, limitations et problèmes de participation)

Gravité des problèmes de fonctionnement

Facteurs influençants externes

Facteurs influençants personnels

Facteurs influençants médicaux

Autres (récupération et déroulement attendu,...)

Examen kinésithérapeutique consultatif

Indication kinésithérapie

D. PLAN DE TRAITEMENT et TRAITEMENT

Nombre de sessions effectives

Objectif

Actes effectués

E. EVALUATION/EVOLUTION

Réalisation des objectifs de traitement / résultats

F. CLOTURE & CONCLUSIONS

Date du rapport

Raison de la clôture

Proposition pour la continuation du traitement

Convention avec le patient (incl les conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire p. e.)

Autre