

Confidentiel

Assura
Thérapeute-conseil
Case postale 7
1052 Le Mont-sur-Lausanne

assura

Thérapeute-conseil

«Pour un traitement thérapeutique dépassant 12 séances, le thérapeute doit, spontanément et sans frais, faire parvenir au thérapeute-conseil d'Assura un rapport (voir questionnaire au verso) mentionnant le type de troubles soignés, l'amélioration après 12 séances et le nombre de séances encore nécessaires pour terminer le traitement.»

Traitement de médecine complémentaire

Questionnaire

Coordonnées de l'assuré:

Nom: _____

Prénom: _____

Assurance n°: _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

NPA/Localité: _____

1. Qui a recommandé le traitement?

- Le traitement fait suite à la demande de l'assuré(e)
- Le traitement a été prescrit par le médecin

Nom du médecin: _____

(En cas de prescription médicale, prière de joindre le document au dossier)

2. Quels problèmes/troubles ont été évoqués pour justifier le traitement?

3. Quand le traitement a-t-il débuté pour ces problèmes/troubles?

Début de traitement: _____

4. Quelle est la date d'apparition des symptômes?

Date de l'apparition des symptômes: _____

5. Quel est le nombre de séances déjà effectuées?

Dates et buts des séances: _____

6. Quelles sont les améliorations constatées après votre traitement et sur quel(s) plan(s) physique, émotionnel, nutritionnel, autre?

7. L'assuré(e) apporte-t-il (elle) une contribution à l'amélioration de son traitement?

- Non Oui (Si oui, laquelle et avec quel succès et sur quel(s) plan(s) physique, émotionnel, nutritionnel, autre): _____
-

8. Des médicaments/compléments alimentaires ont-ils été prescrits dans le cadre du traitement?

- Non Oui (Si oui, lesquels, posologie): _____
-

9. Sur la base de son état de santé actuel, d'autres traitements sont-ils nécessaires?

- Non Oui (Si oui, combien et sur quel(s) plan(s) physique, émotionnel, nutritionnel, autre?): _____
-

Avez-vous adressé votre patient(e) à un autre médecin/thérapeute? _____

10. En cas de réponse positive à la question 9, quel est le but des traitements envisagés?

- Il s'agit d'un traitement préventif ou de promotion de la santé
- Il s'agit d'un traitement d'entretien
- Il s'agit d'un traitement thérapeutique
- Il s'agit d'un traitement de confort/bien-être

Lieu et date: _____

Timbre et signature: _____

Adresse d'envoi voir au verso