

**Ordonnance à faxer au 062 386 60 69  
ou scanner & envoyer par e-mail à [info@cpm-reha.ch](mailto:info@cpm-reha.ch)**

**Genou**
 G  D
**Cheville**
 G  D
**Epaule**
 G  D
**Coude**
 G  D
**Genou actif**
 G  D
**Coordonnées du patient**

Nom

Prénom

Rue

NPA / Lieu

**Téléphone****Mobile**

Date de naissance

Accident Maladie 

Assurance

Caisse maladie

No. accident

Date de sortie

Hôpital

Docteur

**Adresse de livraison**

Nom

Prénom

Rue

Téléphone

NPA / Lieu

Mobile

**Durée**
 30 jours de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_
**Prolongement**

à \_\_\_\_\_

**Remarques****Timbre/Signature du médecin/hôpital traitant**

Vous trouverez à tout moment toutes les informations actualisées concernant le service de location sur notre site internet [cpm-reha.ch](http://cpm-reha.ch) sous Mietservice/Tarife.