Rheumaliga Bern
Bewusst bewegt

C E R T I F I C A T M E D I C A L

Données personnelles

Nom, Prénom .....

Adresse .....

Date de naissance .....

Numéro de téléphone .....

Courriel .....

Diagnostic-s

( ) Ostéoporose, fractures induites par l'ostéoporose Oui / Non
( ) Rhumatisme inflammatoire
( ) Arthrose-s des articulations périphériques
( ) Maladie de la colone vertébrale
( ) Rhumatisme des parties molles
( ) Fibromyalgie

En raison de mon diagnostic, je préconise
( ) Thérapie pour améliorer la mobilité dans l'eau chaude
( ) Gymnastique dans une salle de gymnastique

Veuillez s'il vous plaît cocher ce qui correspond !

!!!Informations importantes pour les thérapeutes !!!

Autres facteurs de risque (problèmes cardiaques, troubles neurologiques, Allergies, problèmes de peau, diabète etc.),qui ont une incidence sur la fréquentation du cours ?

.....

.....

☐ Sait nager Schwimmer
☐ Ne sait Pas nager

Tampon et signature du médecin

Lieu/Date:

J'approuve la demande du certificat médical.

Lieu et Date : Signature du patient

Ligue bernoise contre le rhumatisme ·Gurtengasse 6·Case postale ·3000 Berne 7·Téléphone 031 311 00 06·Fax 031 311 00 07·info.be@rheumaliga.ch www.rheumaliga.ch/be·CCP 30-8041-9 ·La ligue bernoise contre le rhumatisme est membre de l'organisation faîtière Ligue suisse contre le rhumatisme.