



# Πρόγραμμα Θεραπειών

Βοηθήστε μας να επεξεργαστούμε γρήγορα την απαίτηση για το μέλος μας:

Έχετε

- απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις;
- υπογράψει και προσθέσει ημερομηνία στο έντυπο;

Στείλτε το συμπληρωμένο έντυπο:

Μεταφορτώστε ή στείλτε μέσω email:

axaglobalhealthcare.com/customer

Φαξ: +44 (0) 1892 508256

Ταχυδρομική διεύθυνση: International Customer Service

AXA Global Healthcare (UK) Limited, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, UK

## 1 Στοιχεία ασθενούς

Όνοματεπώνυμο

Αριθμός μέλους/πελάτη

Ημερομηνία γέννησης ασθενούς

Η	Η	Μ	Μ	Ε	Ε	Ε	Ε
---	---	---	---	---	---	---	---

Αριθμός απαίτησης

## 2 Στοιχεία θεραπευτή

Όνοματεπώνυμο

Τύπος θεραπευτή

- Φυσιοθεραπευτής
- Πρακτικός ορθοπαιδικός
- Οστεοπαθητικός
- Βελονιστής
- Ομοιοπαθητικός
- Άλλο, προσδιορίστε παρακάτω

Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε εσάς;

- Όχι
- Ναι ► Εάν ναι, αναφέρετε το όνομα του ατόμου το οποίο παρέπεμψε τον ασθενή.


Σημειώστε τη μέθοδο επικοινωνίας που προτιμάτε

Αριθμός τηλεφώνου

Αριθμός φαξ

Email

Συνεχίζεται στην επόμενη σελίδα



## 5 Πρόγραμμα θεραπείας

Χώρα στην οποία πραγματοποιείται η θεραπεία

Αναφέρετε συνοπτικά τη θεραπεία έως σήμερα και παράσχετε ένα προτεινόμενο πρόγραμμα θεραπείας ή φροντίδας και την αναμενόμενη διάρκειά του, συμπεριλαμβανομένων:

- του προτεινόμενου αριθμού πρόσθετων συνεδριών
- τυχόν συστάσεων/ προγραμμάτων άσκησης κατ' οίκον
- άλλων σχετικών πληροφοριών.

Επισυνάψτε ένα αντίγραφο των πιο πρόσφατων ιατρικών επιστολών, εάν υπάρχουν.

  
  
  
  
  
  
  

Αριθμός συνεδριών

Διάρκεια κάθε συνεδρίας

Με βάση την κλίμακα VAS, ποιο είναι το επίπεδο πόνου του ασθενούς;

Αριθμητική κλίμακα ένδειξης πόνου VAS 0 – 10



Ποιο είναι το εύρος κίνησης του ασθενούς;

  
  
  

Η πάθηση αυτή επηρεάζει άλλες δραστηριότητες της καθημερινότητας;

Ναι     Όχι

Εάν ναι, αναφέρετε περισσότερες λεπτομέρειες

  
  
  

Πότε θα παραπεμφθεί ο ασθενής για επανεξέταση από Ειδικό/ Ορθοπαιδικό;

H	H	M	M	F	F	F	F
---	---	---	---	---	---	---	---

Ποιο είναι το τρέχον πλάνο σταδιακής αποκατάστασης;

## 6 Η υπογραφή σας

Είμαι ο θεραπευτής αυτού του ασθενούς και επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχω παράσχει είναι σωστές, εξ όσων γνωρίζω. Αντιλαμβάνομαι ότι εάν οποιοσδήποτε από αυτές τις πληροφορίες είναι λανθασμένες, αυτό μπορεί να επηρεάσει την απαίτηση του ασθενούς μου για έξοδα υγειονομικής περίθαλψης.

Υπογραφή

Όνοματεπώνυμο με κεφαλαία

Ημερομηνία

Η	Η	Μ	Μ	Ε	Ε	Ε	Ε
---	---	---	---	---	---	---	---