

## DECLARATION DES PRATIQUES

NOM :

Prénom :

Votre statut :

LIBERAL

SALARIE

MIXTE

*Veillez préciser :*

Titulaire

Collaborateur /Assistant

Remplaçant

Adresse professionnelle :

Ville :

Tél pro :

E-mail :

S'il s'agit d'un cabinet de groupe, veuillez indiquer le nom du cabinet :

PRATIQUES DECLAREES :

Appareillage

Drainage lymphatique manuel

Ergonomie

Esthétique et bien-être

Gériatrie

Gymnastique posturale (méthode Mezières, rééducation posturale globale)

Massage

Ostéopathie

Rééducation des brûlés

Rééducation cardio-vasculaire

Rééducation de la déglutition

Rééducation de la main

Rééducation maxillo-faciale

Rééducation neurologique

Rééducation respiratoire

Rééducation du sportif

Rééducation urogynécologique

Rééducation vestibulaire

Relaxation

Soins à domicile

Soins palliatifs

Traitement des cicatrices

MATERIELS :

Appareil d'aspiration

Arthromoteur

Ballon de rééducation

Balnéothérapie

Cage de poulie

Champs magnétiques pulsés

Cryothérapie

Débit mètre

Palper rouler mécanique

Gait Trainer

Isocinétique

Laser

Ondes de choc

Plan de verbalisation

Plateau vibrant

Plateau Huber

Plateforme statitest

Plateforme de stabilométrie

Pulsmètre

Presse horizontale

Pressothérapie

Rameur

Salle de musculation

Sauna

Saturomètre

Stand up

Table d'inversion

Tapis de marche

Vélo elliptique

Vélo de rééducation