

## 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 :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Appareillage  | <input type="checkbox"/> Rééducation de la main       |
| <input type="checkbox"/> Drainage lymphatique manuel   | <input type="checkbox"/> Rééducation maxillo-faciale  |
| <input type="checkbox"/> Ergonomie   | <input type="checkbox"/> Rééducation neurologique     |
| <input type="checkbox"/> Esthétique et bien-être   | <input type="checkbox"/> Rééducation respiratoire     |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie   | <input type="checkbox"/> Rééducation du sportif       |
| <input type="checkbox"/> Gymnastique posturale (méthode Mezières, rééducation posturale globale) | <input type="checkbox"/> Rééducation urogynécologique |
| <input type="checkbox"/> Massage   | <input type="checkbox"/> Rééducation vestibulaire     |
| <input type="checkbox"/> Ostéopathie   | <input type="checkbox"/> Relaxation                   |
| <input type="checkbox"/> Rééducation des brûlés  | <input type="checkbox"/> Soins à domicile             |
| <input type="checkbox"/> Rééducation cardio-vasculaire   | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs             |
| <input type="checkbox"/> Rééducation de la déglutition   | <input type="checkbox"/> Traitement des cicatrices    |

MATERIELS :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Appareil d'aspiration     | <input type="checkbox"/> Plateau Huber               |
| <input type="checkbox"/> Arthromoteur              | <input type="checkbox"/> Plateforme statitest        |
| <input type="checkbox"/> Ballon de rééducation     | <input type="checkbox"/> Plateforme de stabilométrie |
| <input type="checkbox"/> Balnéothérapie            | <input type="checkbox"/> Pulsmètre                   |
| <input type="checkbox"/> Cage de poulie            | <input type="checkbox"/> Presse horizontale          |
| <input type="checkbox"/> Champs magnétiques pulsés | <input type="checkbox"/> Pressothérapie              |
| <input type="checkbox"/> Cryothérapie              | <input type="checkbox"/> Rameur                      |
| <input type="checkbox"/> Débit mètre               | <input type="checkbox"/> Salle de musculation        |
| <input type="checkbox"/> Palper rouler mécanique   | <input type="checkbox"/> Sauna                       |
| <input type="checkbox"/> Gait Trainer              | <input type="checkbox"/> Saturomètre                 |
| <input type="checkbox"/> Isocinétique              | <input type="checkbox"/> Stand up                    |
| <input type="checkbox"/> Laser                     | <input type="checkbox"/> Table d'inversion           |
| <input type="checkbox"/> Ondes de choc             | <input type="checkbox"/> Tapis de marche             |
| <input type="checkbox"/> Plan de verbalisation     | <input type="checkbox"/> Vélo elliptique             |
| <input type="checkbox"/> Plateau vibrant           | <input type="checkbox"/> Vélo de rééducation         |