l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Haut-Rhin

CRM
CENTRE DE RÉADAPTATION MULHOUSE
Rééducation et Formation Professionnelle

ORIENTATION VERS UN BILAN DES CAPACITES FONCTIONELLES

Document à envoyer par mail : bilan.pro@arfp.asso.fr

Adresseur : Professionnel adresseur

Nom :
Structure :
Mail **:** Tél :

Personne orientée :

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal Ville
Numéro de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | |

Affiliation CPAM : ☐ Oui ☐ Non
Téléphone :
Mail :
RQTH : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Situation professionnelle

Sous contrat de travail : ☐ Oui ☐ Non
En arrêt de travail : ☐ Oui ☐ Non depuis le :
☐ Maladie ☐ AT/MP
Poste occupé :
Employeur :

Pathologie/antécédents principaux

Limitations fonctionnelles qui pourraient entraîner ou entraînent déjà une problématique professionnelle

Motif de l'orientation (merci d'être le plus précis possible dans votre demande)

Accord du salarié pour transmission des coordonnées et prise de contact.

Date :
Signature :

Réinitialiser le formulaire