

BILAN DES CAPACITES PROFESSIONNELLES

DEMANDEUR

DR MATHIEU BERTHEL
MEDECIN
 CHEF D'ÉTABLISSEMENT

Nom du médecin demandeur :			
Date de la demande :		Numéro de professionnel de santé (PS) :	
N° Téléphone :		Mail :	

UNITE PDP
DR ZINE-EDDINE MOURAH
 Médecin Référent

Thomas AGENAIS
 Ergonome, Coordinateur

Jean-François JAECK
 Ergothérapeute

Danielle RISCH
 Psychologue du Travail

Mallaurie JOST
 Psychologue

BENEFICIAIRE (patient)

Nom :		Prénom :	
Affilié à la CPAM du Bas-Rhin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Date de naissance :		Numéro de sécurité sociale :	
Adresse :			
N° Téléphone :		Mail :	

ENTREPRISE DU BENEFICIAIRE

Nom de l'entreprise :			
Adresse :			
Poste occupé par le bénéficiaire :			
Nom du médecin du travail :			

- Je certifie m'être assuré au préalable que le bénéficiaire relève bien de l'un des critères d'inclusion, à savoir : pathologies rachidiennes, lombalgies communes, tendinopathies des membres supérieurs (non reconnues comme maladies professionnelles).

Signature :