



**Dr Mathias LEMAIRE**  
*Chiropraticien spécialiste*  
Centre Médical Synergie  
Rue du Grand-Pré 2b  
1007 LAUSANNE  
mathias.lemaire@medbase.ch

## DEMANDE D'EXAMEN ET DE TRAITEMENT CHIROPRACTIQUE

Date .....

Système médecin de famille  oui  non

Rapport désiré  oui  non

par courrier  par courriel : .....

NOM - Prénom .....

Adresse .....

Date de naissance ..... Téléphone .....

Rendez-vous, le .....  Convocation directe

Symptôme : .....

Clinique : .....

Résultats d'analyse existants : .....

Traitement précédent ou en cours : .....

Remarques : .....

.....

.....

Timbre du médecin



**Lors de votre prochaine consultation, pensez à prendre :**

- Votre **carte d'assuré LaMal**
- Vos imageries précédentes relatives au symptôme
- Si vous êtes référé par un professionnel de santé, votre **lettre de consultation/demande d'examen et traitement chiropratique**
- Si c'est un cas accident (LAA), votre **numéro de sinistre**, la date du sinistre ainsi que le nom de l'assureur.



### Accès

BUS 17, 18 : arrêt Prilly, Galicien

Train CFF : arrêt Prilly Malley