

Clinique: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Condition: \_\_\_\_\_

## Équipement Recommander

- 9 **Elpha 2000** Stimulateur du muscle et nerf
- 9 **Elpha II 3000** Stimulateur du muscle et nerf
- 9 **ELPHA II 1000 TENS**
- 9 **Neuro-4** Stimulateur trophique
- 9 **Biosense** EMG Entraîneur pour le muscle
- 9 **AutoMove NM900** EMG Stimulateur du muscle contrôlé
- 9 **IF-8000** Unit de thérapie interférentiel
- 9 \_\_\_\_\_
- 9 Achat
- 9 Louer

Notes: \_\_\_\_\_

Cette recommandation identifie un équipement de qualité nécessaire pour le traitement de cet individu. La nécessité de ce produit était déterminée par les thérapeutes et en consultation avec le client. Le client est en accord avec l'équipement recommandé et il / elle l'agrèera au livraison avec sa signature.

Autorisé par :

Recommandé par :

\_\_\_\_\_  
Client

\_\_\_\_\_  
Signature de la thérapeute

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

- 1 copie au Thérapeute
- 1 copie au Biomation
- 1 copie à la Compagnie D'Assurance
- 1 copie au Client

---

Supplier:

**BIOMATION**  
335 Perth Street  
P.O. Box 156  
Almonte, Ontario K0A 1A0

Tel : (613) 256-2821  
Toll Free : 1-888-667-2324  
Fax : (613) 256-5872  
E-Mail : info@biomation.ca  
Web : www.biomation.com