

**PRESCRIPTION MEDICALE POUR L'ENSEIGNEMENT EN GROUPE AUX PERSONNES DIABETIQUES**

**Cours ambulatoire en groupe pour personnes diabétiques, selon accord tarifaire du 23 mai 2005 liant santésuisse Fribourg et l'Association fribourgeoise du diabète.**

**Prescription en faveur de :**

Nom, Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : ..... Tél. privé : .....  
NPA / Localité : ..... Tél. professionnel : .....  
Caisse maladie : ..... Langue : .....  
No d'assuré : ..... N° AVS : .....

**Diagnostic :**

.....  
.....

**Traitement actuel :**

Antidiabétiques oraux : .....  
Insuline : .....  
Autres médicaments : .....  
.....  
.....

- Cours ambulatoire pour personnes diabétiques (enseignement en groupe)**  
**Nombre de demi-jours : 4**

**Demande particulière :**

.....  
.....  
.....

Une lettre de confirmation de participation au cours sera adressée au médecin prescripteur en fin de cycle avec, le cas échéant, une remarque concernant la/les difficulté/s résiduelle/s.

Date : .....

Timbre et signature du médecin prescripteur  
et numéro de concordat :