The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

OUTPATIENT REFERRAL

DEMANDE DE CONSULTATION POUR LA CLINIQUE EXTERNE

Rehabilitation – Réadaptation

Riverside Campus Riverside
Main floor - Rez-de-chaussée
1967 Riverside Dr. Box 28
Ottawa, ON K1G 7W9

Telephone : 613-738-8208
Fax-Télécopieur : 613-738-8431
Email-Courriel : rivrehabdept@toh.on.ca

MRN.-NDM	Admission date		Time-Heure
Surname-Nom			Sex(e)
First Name-Prénom			DOB-DDN
Address-Adresse			
City-Ville	Province		Postal Code Postal
Provincial Ins. No.-Nº Plan Assurance	Version	Prov.	Expiration (date)
Tel. (home-maison)	(work-travail)		(cell-cellulaire)

❑ PHYSIOTHERAPY-PHYSIOTHÉRAPIE ❑ Riverside Campus Riverside

❑ HAND THERAPY-THÉRAPIE DE LA MAIN ❑ Occupational Therapy-Ergothérapie ❑ Physiotherapy-Physiothérapie

❑ MASSAGE THERAPY-MASSOTHÉRAPIE

❑ **WSIB (Workmen Safety Insurance Board)-CSPAAT (Compensation sécurité physique assurance au travail) :**
Claim no-Nº de réclamation Injury-Blessure (date)

❑ **MVA (motor vehicule accident)-ACCIDENT DE VÉHICULE :** Injury-Blessure (date)

❑ **EXTENDED HEALTH BENEFITS-RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE :**

DIAGNOSIS-DIAGNOSTIC

SURGERY-CHIRURGIE

ONSET OF SYMPTOMS-APPARITION DES SYMPTÔMES

PRECAUTIONS-PRÉCAUTIONS/RESTRICTIONS

REASON(S) FOR REFERRAL-MOTIF(S) DE LA DEMANDE DE CONSULTATION

Attending Physician's printed name-Nom du médecin traitant en lettres moulées

Signature (Physician-Médecin)	**Printed name-Nom en lettres moulées**	**Date (yyaa/mm/dj)**