

Merci de nous aider à mieux vous connaître, en nous renvoyant ce questionnaire sur votre activité.

(merci de cocher les cases et préciser les particularités autres)

à retourner :

par courrier à SMKR80 5, rue Saint Jacques 80000 AMIENS

par FAX : 03.22.80.08.09

Activité :

kinésithérapie uniquement podologie soins infirmiers autres

Mode d'exercice :

seul en groupe cabinet uniquement plusieurs cabinets

Domicile clinique maison de retraite domicile uniquement

Plein temps mi-temps tiers-temps

Votre cabinet :

Accès fauteuil roulant oui non

Accès civière allongé oui non

Spécialités :

Rééducation uro-gynécologique oui non

Adulte femme adulte homme enfant

Drainage lymphatique manuel oui non

Ostéopathie oui non

Kinésithérapie respiratoire pédiatrique (présence le week-end) oui non

Esthétique - Endermologie - confort – bien – être oui non

Rééducation déglutition

Rééducation des vertiges

Autres spécialités (préciser SVP)

Votre équipement :

Massage poulie thérapie aérosol tapis marche escalier step

Balnéothérapie piscine bassin

Cellu M6 LPG autre

Huber Cybex arthromoteur G5

Ultrasons infrasons préssothérapie magnothérapie

magnétothérapie cryothérapie thermothérapie laser

électrothérapie basses fréquences moyennes fréquences hautes fréquences

autres précisez

Vos points forts :

Traumatologie Neurologie adulte neurologie enfant

Pédiatrie Gériatrie Uro adulte femme Uro adulte homme Uro enfant

Orthopédie adulte orthopédie enfant

Vos points faibles :

Traumatologie Neurologie adulte neurologie enfant

Pédiatrie Gériatrie Uro adulte femme Uro adulte homme Uro enfant

Orthopédie adulte orthopédie enfant

Horaires et jours d'activité

Lundi	matin	<input type="checkbox"/>	après-midi	<input type="checkbox"/>	Jeudi	matin	<input type="checkbox"/>	après-midi	<input type="checkbox"/>
Mardi	matin	<input type="checkbox"/>	après-midi	<input type="checkbox"/>	Vendredi	matin	<input type="checkbox"/>	après-midi	<input type="checkbox"/>
Mercredi	matin	<input type="checkbox"/>	après-midi	<input type="checkbox"/>	Samedi	matin	<input type="checkbox"/>	après-midi	<input type="checkbox"/>
			Dimanche	matin	<input type="checkbox"/>	après-midi	<input type="checkbox"/>		

Nom :

Prénom :

âge :

Année D.E.

Année installation

Adresse : N° rue

Code postal :

Ville :

Vos commentaires :

Procédure d'envoi du questionnaire :

Format PDF :

enregistrez le et imprimez ou imprimez le directement et l'envoyer par courrier ou par fax.