

Service de diabétologie, nutrition et maladies métaboliques

Clinique Curative du pied diabétique

Domaine du Sart-Tilman

4000 Liège

Concerne :

Je soussigné…………………………………………certifie que……………………………………...............

dispose de :

* plan de soin (102852 – DMG)
* trajet de soin
* convention d’autogestion du diabète

et bénéficie dans ce cadre de deux consultations en podologie.

Pourriez-vous le prendre en charge sur le plan podologique en effectuant les soins appropriés et en donnant les conseils nécessaires aux affections présentées.

Je signale que le/la patient(e) présente/ ne présente pas d’artériopathie des membres inférieures.

Je signale que le/la patient(e) prend / ne prend pas d’anticoagulant.

Je vous remercie de votre collaoration.