

Centre Ellipse  
19 rue du Fossé des Treize  
67000 STRASBOURG  
03 88 85 99 50  
secretariat@centre-ellipse.fr

### **Demande d'inclusion au Centre Ellipse**

Date :

Bonjour,  
Je vous prie de bien vouloir inclure au Centre Ellipse :

NOM: Prénoms:

né.e le :

Téléphone :

Adresse :

Courriel : @

**Médecin traitant :** Dr.

**Indications pour l'inclusion au Centre Ellipse:**

Maladies cardiovasculaires (Coronaropathies, IC, AVC, artériopathies)

Diabète et facteur de Risque cardio-vasculaire

Syndrome douloureux chroniques

SEP, Parkinson

Cancers

**Ses antécédents médicaux sont :**

**Le patient suit le ou les traitements suivants :**

*N'oubliez pas de transmettre le dernier bilan cardiologique et biologique.*

Le patient pourra bénéficier au Centre Ellipse d'un parcours de soins personnalisé pouvant comprendre les soins suivants :

- séances d'activités physiques adaptées
- ateliers d'éducation thérapeutique
- un suivi psychologique
- séances de stimulations magnétiques transcrâniennes

Médecin prescripteur : Dr.