

DOCUMENT D'APPLICATION RELATIF À UN CHANGEMENT DE MÉDECIN TRAITANT



Identification du patient

Nom et prénom du patient: _____

Adresse: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____

Identification du médecin traitant actuel

Nom et prénom : _____

Adresses: _____

Identification du nouveau médecin traitant

Nom et prénom du patient: _____

Adresse: _____

N° de téléphone: _____

Mode de transmission des données médicales

Les données demandées seront transmises de la façon suivante:

- Reprises par le patient
 Envoyées au nouveau médecin traitant

Le (la) soussigné(e) confirme que cette demande est correct.

Signature du patient

Date
____ / ____ / ____

Signature du médecin traitant

Date
____ / ____ / ____

