

# 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  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

