

Patient

Nom _____
Prénom _____
Rue _____
NP / Lieu _____
Date naiss. _____ Sexe _____
N° AVS _____
Téléphone _____
Mail _____

Destinataire

GLN _____ RCC _____
Mail _____

Assurance

Adresse _____

GLN _____

Loi/Case

Motif du traitem. _____
Loi _____
N° d'assuré _____
N°/Date d'acc. _____

Date de l'examen

urgente

Patient se présente

Prendre rendez-vous dès le _____

Rendez-vous pris le _____ :: _____

Examen demandé

Consilium dermatologique

Bilan allergologique

Acné

Médecine esthétique

Évaluation des lésions cutanées

Traitement des tumeurs cutanées

Autre (veuillez préciser)

Indication / Question

Si vous avez des problèmes d'espace, vous pouvez utiliser la page suivante

Médecin

Médecin = médecin de famille

Mail _____
GLN _____ RCC _____
Tél. _____

Médecin de famille

Copie des résultats au médecin de fam.

Mail _____
GLN _____ RCC _____
Tél. _____

Date

Transmission électronique

Remarques