Référence générale en endocrinologie

medForms.ch
© 2025, tous droits réservés

Patient

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

Destinataire

GLN RCC
Mail

Assurance

Adresse
GLN

Loi/Case

Motif du traitm.
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 ::

Conférence médicale

☐ Obésité
☐ Diabète
☐ Hypophyse
☐ Glande surrénale
☐ Thyroïde

Examen demandé

☐ Évaluation du traitement médi.
☐ Ajustement du traitement médi.
☐ Demande de garantie du traitem. médi.
☐ Demande de garantie du CGM/FGM
☐ Demande de garantie du diabète
☐ Autre (veuillez préciser)

Indication / Question

Si vous avez des problèmes d'espace, vous pouvez utiliser le champ supplémentaire à 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

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!

medForms.ch
© 2025, tous droits réservés

Remarques