

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problèmes de respiration nasale | <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) |
| <input type="checkbox"/> Rhinoplastie esthétique | | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de sinus paranasaux | <input type="checkbox"/> Examen des ronflements | |
| <input type="checkbox"/> Hypertrophie amygdales/adénoïdes | <input type="checkbox"/> Bilan auditif/déficiência auditive | |
| <input type="checkbox"/> Vertiges/céphalées | <input type="checkbox"/> Acouphènes | |

Indication / Question / Allergies / Médicaments

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

Remarques