

Demande de consultation ambulatoire

Patient

Nom
Prénom
Rue
NP / Lieu
Date de naissance Sexe
N° AVS
Téléphone
Mail

Destinataire

GLN RCC
Mail

Assurance

Nom
Rue
NP / Lieu

Cas

Loi / N° assu.
N° cas / date cas
Modèle MdF non oui

Date de l'examen

urgente Patient se présente

Prendre rendez-vous dès le
 Rendez-vous pris le

Motif de la demande

Consultation chez médecin / département spécialiste

Diagnostic

Question

Thérapie actuelle
Médicaments

Remarques

Rapport: par courriel par Tél. par poste

Médecin Médecin = médecin de famille

Tél.

Mail

GLN RCC

Médecin de famille Résultats au médecin de fam.

Tél.

Mail

GLN RCC

Date

Transmission électronique	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
----------------------------------	--