

ENVOI VERS UN MÉDECIN SPÉCIALISTE

Le soussigné,

Dr

..... (nom, prénom)

déclare par la présente qu'il envoie

..... (nom et prénom du patient)

vers un médecin spécialiste en * :

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> gynécologie et obstétrique | <input type="radio"/> gastro-entérologie |
| <input type="radio"/> ophtalmologie | <input type="radio"/> pédiatrie |
| <input type="radio"/> oto-rhino-laryngologie | <input type="radio"/> cardiologie |
| <input type="radio"/> urologie | <input type="radio"/> neuropsychiatrie |
| <input type="radio"/> stomatologie | <input type="radio"/> neurologie |
| <input type="radio"/> dermato-vénérologie | <input type="radio"/> psychiatrie |
| <input type="radio"/> médecine interne | <input type="radio"/> rhumatologie |
| <input type="radio"/> gériatrie | <input type="radio"/> pneumologie |
| <input type="radio"/> endocrinologie | |

Cachet du médecin

Date et signature du médecin

* Ne cochez qu'une spécialité, s.v.p. : pour un autre envoi, utilisez un nouveau document d'envoi.
