

Nom: _____	Date de naissance: _____
NPA / Lieu : _____	Rue: _____
N° d'assuré/e: _____	_____

Prière de marquer d'une croix ce qui convient:

a été adressé/e à un confrère sur ma prescription

Date de la délégation à un confrère:	_____
Délégation à:	_____
Durée de la délégation:	_____

la délégation à un confrère ne s'est **pas** faite sur ma prescription

j'ai connaissance du traitement et suis d'accord avec la prise en charge des coûts

n'est pas mon/ma patient/e

Remarques:

---

---

---

---

Lieu:

Date:

Timbre / Signature du médecin: