

Formulaire de demande de médecin traitant

 Remplissez ce formulaire pour faire votre demande 

Nous nous occupons de **vous orienter vers le médecin approprié** pour assurer un suivi médical régulier.

Les informations recueillies sont utilisées uniquement dans le cadre de l'orientation vers un médecin traitant

** Indique une question obligatoire*

1. Adresse e-mail *

2. NOM & PRENOM : *

3. DATE DE NAISSANCE : *

4. COORDONNEES (téléphone, adresse & mail) : *

5. Lieu de résidence *

SITUATION MEDICALE :

Toutes les informations que vous saisissez sont **strictement confidentielles** et traitées conformément au **RGPD**

6. Pour mon suivi, je présente : **Une seule réponse possible.*☐ Une affection longue durée (hypertension, diabète ...)☐ Patient récemment sorti d'hospitalisation☐ Jeune enfant (0–6 ans)☐ Grossesse / suivi pédiatrique☐ Autre :
_____**7. Ancien médecin traitant : ****Plusieurs réponses possibles.*☐ oui☐ non**8. Je suis sans médecin traitant depuis : ****Une seule réponse possible.*☐ Moins de 6 mois☐ Depuis au moins 1 an☐ Depuis plus de 1 an☐ J'ai entrepris des démarches pour en trouver un :☐ Autre :
_____**Mes commentaires :***Ici, merci de nous noter toutes les informations que vous jugez utiles à nous transmettre*

9. **Je souhaite signaler :** *

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

