



## Formulaire de prise de rendez-vous médecin traitant

Remplissez le formulaire ci-dessous en indiquant le type de rendez-vous dont vous avez besoin. Nous vous recontacterons bientôt pour de plus amples informations.

### Pour qui prenez-vous ce rendez-vous ?

Moi même

Un proche

### Identification \*

Prénom

Nom de famille

### Sexe \*

### Numéro de téléphone

Indicatif

Numéro

### Adresse \*

Adresse

Ville

Quartier

## Adresse e-mail

exemple@exemple.com

## Avez-vous déjà consulté un médecin ? \*

Oui

Non

**De quel maladie souffrez vous ou souffre le patient. (inscrivez tous les détails)**

**Depuis combien de temps souffre le patient.**

**Type de rendez-vous**

## Sélectionnez votre spécialiste \*

Chirurgien-dentiste  
Médecin généraliste  
Pneumologue  
Cardiologue  
Rhumatologue  
Autres