



date du jour :

NOM :

PRÉNOM :

ÂGE : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE POSTALE

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE :

• Avez vous une ALD : OUI - NON

• Avez vous une pathologie chronique nécessitant un traitement régulier :
OUI - NON

• À quelle fréquence allez-vous chez le médecin généraliste :
..... fois par an

j'ai lu et j'accepte => Les informations recueillies ne sont pas informatisées, elles sont réservées à l'usage de la maison de santé et ne peuvent éventuellement n'être communiquées qu'à la CPAM avec pour objectif de tenter de vous trouver un médecin traitant. Elles pourront servir à des fins statistiques Depuis la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en en faisant la demande.

REMARQUES :

signature

