

AVIS DE DELEGATION DE TRAITEMENT

A envoyer immédiatement par courrier ou par fax à l'assureur concerné en cas de décision d'orienter la personne soignée vers un autre médecin. Une copie est à remettre en mains propres à ce médecin.

Assureur-maladie (service de prestations)	Adresse et no de Fax

Je suis le médecin de premier recours (MPR) de : Mme M. Enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

No postal et localité : _____

Date de naissance : _____

Police d'assurance no : _____

INDICATIONS DU MPR :

Je vous informe avoir adressé le/la patiente susmentionné/e au Dr Catherine Duffour, Spécialiste FMH en Psychiatrie et Psychothérapie, dont le cabinet médical est situé à la : route de la Corniche 1, 1006 Epalinges - RCC no T3791.22 - Contact : 076 322 56 82, drduffour@gmail.com. Je l'ai déjà informée personnellement de cette délégation.

(Facultatif : le premier rendez-vous est prévu le : _____)

Date :

Timbre et signature du MPR :