

FORMULAIRE ACCES MEDECIN TRAITANT



Nom-Prénom :

Adresse :

Téléphone ou adresse mail :

Etes-vous :

- ☐ Sans médecin

Nom de votre ancien médecin traitant :

Ou prochainement sans médecin traitant car :

- ☐ Départ de la commune de votre médecin
- ☐ Retraite de votre médecin
- ☐ Vous avez déménagé
- ☐ Autre à préciser :

A quelle date ?

Etes-vous mobile, avez-vous un moyen de locomotion ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

- ☐ – de 25 ans ?
- ☐ Entre 25 ans et 45 ans
- ☐ Entre 45 et 65 ans
- ☐ 65 ans et +

Etes-vous en situation "ALD Affection longue Durée" ?

- ☐ Oui précisez la pathologie principale :
- ☐ Non

Bénéficiez-vous de la "CSS Complémentaire Santé Solidaire" ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

★ **Charte du « bon patient » s'engage à :**

**Honorer ses rendez-vous, à être courtois et respectueux envers le médecin et le personnel soignant.
Présenter sa carte vitale ou attestation de droit avant chaque consultation.**

Date et Signature

Ce formulaire doit être renseigné en totalité et avec honnêteté. Les données seront colligées pour traiter les demandes en interne. Siège social 3a rue de la résistance, 25150 Pont de roide Vermondans.

Adresse mail : avenirsantecpts25@gmail.com