

Qui fait la demande :

☐ Le patient

☐ Autre : _____

Date : ____ / ____ / ____

FORMULAIRE ACCÈS MÉDECIN TRAITANT

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom Prénom

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse et ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Mesure de protection : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre : _____

Composition du foyer : _____

MOTIF DE LA DEMANDE

- ☐ Nouvel (le) arrivant sur le territoire ☐ Je souhaite changer de médecin traitant => Nom du médecin : _____
- ☐ Mon médecin quitte le territoire et / ou arrête son activité => Nom : _____ Date : _____
- ☐ Mon médecin ne souhaite plus me prendre en charge => Motif : _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Je suis atteint d'une ALD (100%) ☐ Non ☐ Oui Si oui, pathologie(s) concernée(s) : _____

Je suis suivi par un spécialiste ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ? : _____

Je suis bénéficiaire CSS (CMU) ☐ Non ☐ Oui

Mobilité ☐ Je ne peux pas physiquement me déplacer
☐ Je peux me déplacer, avec l'aide d'une personne qui peut me véhiculer
☐ Je peux me déplacer, mais je n'ai pas de moyen de transport ni de personne pour me véhiculer
☐ Je peux me déplacer, j'ai une voiture / un moyen de transport

Autres professionnels vous accompagnant (auxiliaire de vie, assistante sociale, infirmière, etc.) : _____

COMMENTAIRES