

DEMANDE DE TELEEXPERTISE EN RHUMATOLOGIE

FORMULAIRE DEMANDEUR

Informations patient

NOM Prénom* :

Né(e) le* :

Lieu de naissance* :

Sexe* :

Numéro sécurité sociale* :

Régime assurance maladie* :

Qualité du bénéficiaire* :

NIR bénéficiaire (si différent assuré) :

Téléphone patient :

E-mail patient :

Provenance patient : domicile ou structure

Adresse postale :

Les champs marqués d'une * sont nécessaires pour la facturation

Professionnel de santé adresseur

Êtes-vous le professionnel de santé adresseur : Oui Non

Prénom NOM :

RPPS :

Etablissement :

Contact :

Demande

Motif de la demande :

Antécédents :

Histoire de la maladie (pathologie en cours, évènements de vie)

Examen clinique :

Examens complémentaires :

Traitements :

Commentaires :

Pièce(s) jointe(s) au formulaire :

Oui Non

Si la demande est complète, valider et signer :