



RECHERCHE DE MEDECIN TRAITANT

Formulaire à compléter et à renvoyer à contact@cptspf.fr

Les informations recueillies dans ce formulaire permettront à la CPTS d'effectuer une recherche auprès des médecins généralistes du territoire. **Il ne s'agit pas d'une liste d'attente et il n'y a pas de garantie de trouver une solution pour tous les demandeurs.**

Genre : Homme - Femme - Enfant

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse : N° de téléphone :

E-mail (si utilisé) :

Autres membres du foyer recherchant un médecin traitant (nom, prénom, âge) :

Raison de la recherche de Médecin Traitant :

- Mon médecin a cessé son activité
- Je viens d'emménager dans le secteur
- Je souhaite changer de médecin

Pouvez-vous vous déplacer en cabinet ?

- Oui et j'ai un moyen de locomotion
- Oui mais je n'ai pas de moyen de locomotion
- Non

Affection de longue durée (ALD) : Oui Non

Autres informations/commentaires sur la situation (situation de handicap, pathologie particulière, autre...) :

Par la signature du présent bulletin, la personne :

- accepte le principe d'un partage d'informations entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, dans le respect des règles déontologiques et de la confidentialité propres à chacun,
- garde la liberté de quitter le dispositif à tout moment et de demander l'accès, la modification et la suppression de ses données en contactant la CPTS (contact@cptspf.fr)

Date :

Signature :