

Je soussigné(e) M^{me} - M^{lle} - M^r _____ né(e) le _____

ne souhaite pas faire réaliser les actes suivants : _____

demande l'exécution des /de l'analyse(s) suivante(s) en l'absence de prescription médicale écrite :

Je certifie être informé que la facturation de ces / cette analyse(s) est entièrement à ma charge.

demande l'exécution des / de l'analyse(s) suivante(s) ne figurant pas dans la nomenclature des actes de biologie médicale

Je certifie être informé que la facturation de ces / cette analyse(s) est entièrement à ma charge.

souhaite que les résultats du bilan biologique prescrit par le Dr. _____

vu en consultation le _____

• soient remis à M^{me} - M^{lle} - M^r _____

• soient également transmis au Dr _____ consultant à _____

souhaite que le laboratoire se charge de transmettre mes résultats au Médecin-conseil

Désignation de l'assurance : _____

Adresse de l'assurance concernée : _____

Je ne désire pas que mes résultats puissent être transmis à un médecin traitant : une décharge manuscrite m'est demandée.

Décharge : inscrire la mention

« Je ne souhaite pas que mes résultats d'analyses soient communiqués à un médecin traitant. »

Si besoin et sur avis du Biologiste, les résultats de mes analyses pourront être communiqués

au Dr _____ consultant à _____

Fait à _____ le _____ Signature :

**IDENTITE DU BIOLOGISTE RESPONSABLE DE L'ACCEPTATION DE OU DES EXAMEN(S)
DEMANDE SANS ORDONNANCE :**