

VOUS ÊTES À LA RECHERCHE D'UN MÉDECIN TRAITANT ?

MERCI DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ET L'ENVOYER PAR MAIL:

contact.cptsportesdulauragais@gmail.com



NOM : _____

PRÉNOM : _____

ÂGE : _____ SEXE : _____

ADRESSE POSTALE : _____

TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE MAIL : _____

VOTRE DERNIER MÉDECIN TRAITANT :

EST PARTI(E) À LA RETRAITE

N'EXERCE PLUS SUR LE TERRITOIRE

JE N'AI JAMAIS EU DE MÉDECIN TRAITANT

J'AI DÉMÉNAGÉ

AUTRE : _____

COMPOSITION DU FOYER :

NOMBRE D'ENFANT(S) DE MOINS DE 18 ANS : _____

NOMBRE D'ADULTE(S) : _____

ÊTES-VOUS EN ALD?

OUI

NON

POUVEZ-VOUS VOUS DÉPLACER AU
CABINET DU MÉDECIN?

OUI

NON

J'ACCEPTÉ QUE MES DONNÉES SOIENT RECUEILLIES ET TRAITÉES
PAR LA CPTS

AUTRE INFORMATION A NOUS COMMUNIQUER :

<https://www.cptsportesdulauragais.fr/> 07.66.77.34.63

