

Attestation de diagnostic

Mon/Ma patient/e

Nom complet _____

Date de naissance _____

téléphone _____

est atteint/e de _____

et/ou souffre des symptômes suivants _____

Informations du médecin

Nom (lettres moulées) _____

licence _____

téléphone _____

Adresse _____

- Je comprends que mon bureau sera contacté pour vérifier l'authenticité de cette information.

Signature du médecin

Date

Notes
