

Attestation de diagnostic

Mon/ma patient/e, _____
Nom complet Date de naissance

est atteint/e de : _____

et/ou souffre des symptômes suivants : _____

Information du médecin

Nom (lettres moulées) : _____

de licence : _____

Téléphone : _____

bureau

fax

Adresse : _____

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

Signature du médecin

Date

Notes : _____
