Attestation de diagnostic

Mon/ma patient(e) : _____ _____
nom prénom

date de naissance : _____

est atteint de : _____

_____

_____

et/ou souffre des symptômes suivants :

_____

_____

_____

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

Date : _____

Nom du médecin :
(en lettres moulées SVP) _____

Signature du médecin : _____

de license du médecin : _____

Téléphone du médecin : ( )_____ — _____

Adresse du médecin : _____

_____

Notes : _____

_____

_____

_____