KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

Attestation de délégation

Prénom _____

Nom _____

Rue _____

NPA/localité _____

Date de naissance _____

No de Police _____

À remplir par le médecin de famille:

☐ J'ai transmis ce patient.

☐ Le patient/la patiente a été transféré/e par le spécialiste. Je suis informé du transfert et l'approuve dans le sens du traitement.

Date de la consultation qui a donné lieu à la délégation _____

Transmission à _____

Délégation valable à partir du _____

Médecin d'hôpital ☐ oui ☐ non

Hôpital _____

Durée de la délégation _____

☐ Je n'ai pas transmis ce patient.

☐ Cette personne n'est pas mon patient.

Remarques

Lieu/date _____

Timbre/signature du médecin _____

Veuillez envoyer le formulaire complété et signé à:

KPT, Case postale, 3001 Berne ou fax +41 (0)58 310 86 35. Merci.