



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

Attestation de délégation KPTwin.doc

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.

