

Attestation de diagnostique

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

Signature du médecin

Date

Notes : _____
