



DEMANDE DE TÉLÉMÉDECINE

DOCUMENT ADMINISTRATIF

VOUS AVEZ DEMANDÉ **UN AVIS** OU **UN SUIVI EN TÉLÉMÉDECINE** AU CHU DE RENNES.
MERCİ DE **VÉRIFIER / COMPLÉTER** LES INFORMATIONS CI-DESSOUS,
ET DE JOINDRE LES **JUSTIFICATIFS DEMANDÉS**.



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE **PATIENT** (d'après une pièce d'identité)

Tous les champs doivent être remplis

| | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Nom de naissance..... | |
| Nom d'usage | |
| Prénom..... | |
| Sexe : | Féminin Masculin |
| Né(e) le..... | à..... Nationalité |
| Adresse..... | |
| | |
| Téléphone (portable) | Courriel |
| N° sécurité sociale..... | Nom de la mutuelle |
| Nom du médecin traitant déclaré | Ville |



PIÈCES JUSTIFICATIVES **À JOINDRE** À LA DEMANDE

- Pièce identité (carte nationale d'identité, ou passeport, ou acte de naissance),
- Carte mutuelle.