

CABINET MEDICAL DU SAINT ESPRIT

PSYCHIATRIE A DRAGUIGNAN

DR BASSINET Lucile

FORMULAIRE A REMPLIR POUR DEMANDE DE RENDEZ VOUS.

*Attention, tous les items sont à remplir.*

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

TELEPHONE :

MAIL :

ADRESSE :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

CODE ORGANISME :

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE : (ALD/CMU)

MODE DE VIE / ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Avez vous eu une maladie psychiatrique?

Pour laquelle vous étiez suivi par un psychiatre?

Par qui, quand et combien de temps?

Avez vous été hospitalisé en psychiatrie?

Où et quand?

Pour quelle raison?

*(Pensez à prendre les comptes rendus d'hospitalisation pour la consultation)*

Votre médecin généraliste vous suit pour une maladie particulière, laquelle?

Vous êtes suivi par un spécialiste, lequel et pourquoi?

Avez vous des allergies?

Prenez vous des traitements ?

Si oui, lesquels :

*(Pensez à vous munir de l'ordonnance pour la consultation)*

Y a t' il des consommations de toxiques : (tabac, alcool, cannabis, autre)

Pour quelle(s) raison(s) sollicitez vous une consultation ?

Avez vous des attentes ?

Lesquelles ?

Merci d'avoir rempli le formulaire.

Nous vous répondrons dans les plus brefs délais

Le Secrétariat du Docteur Bassinet