



www.affidea.ch

CHOIX DU CENTRE / WAHLZENTRUM :

**AFFIDEA CIMED
FRIBOURG**

T 026 347 15 10
F 026 347 15 19

**AFFIDEA GIVISION
DALER**

T 026 552 50 10
F 026 552 50 13

**AFFIDEA GIVISION
GIVISIEZ**

T 026 460 79 00
F 026 460 79 05

**AFFIDEA GIVISION
BULLE**

T 026 919 19 00
F 026 919 19 05

Rendez-vous le / Termin am

à / um

PATIENT / PATIENT :

Nom / Name :

Prénom / Vorname :

Date de naissance / Geburtsdatum :

Tel:

Maladie

Accident LAMal

Accident LAA

EXAMEN DEMANDÉ / ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / KLINISCHE ANAMNESE :

Créatinine / Kreatinin:

Quick / INR:

Allergie(s) / Allergie(n):

En cas de risque sanitaire ou infectieux particulier, veuillez contacter le centre.
Bei gesundheitlichen oder bestimmte Infektionsrisiko, kontaktieren Sie bitte unser Zentrum.

MÉDECIN RÉFÉRENT ZUWEISENDER ARZT :

Signature et timbre obligatoires
Unterschrift und Stempel erforderlich

TRANSMISSION DES RÉSULTATS ÜBERMITTLUNG ERGEBNIS

Copie des résultats à /
Kopie des Ergebnisses an :

Autres instructions /
Weitere Instruktionen :

