

Je soussigné(e) M<sup>me</sup> - M<sup>lle</sup> - M<sup>r</sup> \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

ne souhaite pas faire réaliser les actes suivants : \_\_\_\_\_

demande l'exécution des /de l'analyse(s) suivante(s) en l'absence de prescription médicale écrite :  
\_\_\_\_\_

Je certifie être informé que la facturation de ces / cette analyse(s) est entièrement à ma charge.

demande l'exécution des / de l'analyse(s) suivante(s) ne figurant pas dans la nomenclature des actes de biologie médicale  
\_\_\_\_\_

Je certifie être informé que la facturation de ces / cette analyse(s) est entièrement à ma charge.

souhaite que les résultats du bilan biologique prescrit par le Dr. \_\_\_\_\_  
vu en consultation le \_\_\_\_\_

soient remis à M<sup>me</sup> - M<sup>lle</sup> - M<sup>r</sup> \_\_\_\_\_

soient également transmis au Dr \_\_\_\_\_ consultant à \_\_\_\_\_

souhaite que le laboratoire se charge de transmettre mes résultats au Médecin-conseil  
Désignation de l'assurance : \_\_\_\_\_

Adresse de l'assurance concernée : \_\_\_\_\_

Je ne désire pas que mes résultats puissent être transmis à un médecin traitant : une décharge manuscrite m'est demandée.

Décharge : inscrire la mention

*« Je ne souhaite pas que mes résultats d'analyses soient communiqués à un médecin traitant. »*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si besoin et sur avis du Biologiste, les résultats de mes analyses pourront être communiqués**

au Dr \_\_\_\_\_ consultant à \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :