



COURRIER PATIENT

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Adresse mail :

Motif de prise en charge :

.....

.....

.....

Avez-vous ou êtes-vous déjà pris en charge par un autre Centre Anti Douleur : oui/ non

Si oui lequel : bourg : OUI/ NON autre (lequel) :

Pièce jointe :

Mail consultdouleur@ch-bourg01.fr