

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : H F*Coller ici une étiquette du dossier***CONSENTEMENT / AJOUT** Demande d'analyses sans ordonnance (ou ajout d'analyses / ordonnance existante)

Nom du biologiste acceptant la demande :

Exemplaire à adresser à votre médecin traitant : oui non

Nom du médecin traitant :

 Accord pour la réalisation d'analyses hors nomenclature / non remboursables

Analyses concernées :

En signant ce document, je reconnaissais avoir été informé(e) :

- du lieu de réalisation des analyses,
- du délai et des modalités de rendu des résultats,
- du montant à payer, facturé au patient ou à l'établissement de soins : €
- du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale.

Je m'engage à régler le montant au laboratoire Biolab – Unilabs (ou au laboratoire qui les aura réalisées).

Fait à :

Signature :

Le :

REFUS d'analyses prescrites (à préciser) :

Motif :

Fait à :

Signature :

Le :