



Formulaire de Référence pour le Traitement Heuro PoNS

**Quand le formulaire est rempli, envoyez à votre clinique Heuro*

Date de Requête (JJ/MM/AAAA): _____

Information du Médecin Canadien requérant

Nom du Médecin Canadien: _____

Numéro de License du Médecin: _____

Numéro de Téléphone (XXX-XXX-XXXX): _____

Numéro de Fax (XXX-XXX-XXXX): _____

Information du Patient

Nom du Patient: _____

Date de Naissance (JJ/MM/AAAA): _____

Numéro d'assurance Maladie: _____

Numéro de Téléphone (XXX-XXX-XXXX): _____

Adresse courriel: _____

Motif de la référence (Ex: condition médicale): _____

Signature du médecin requérant : _____

Date de Signature (JJ/MM/AAAA): _____