



Formulaire de Référence pour le Programme Heuro™ (avec le traitement 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): _____

**Heuro est une marque déposée de Heuro Canada Inc., et PoNS est une marque déposée de Helius Medical Inc.*



**Heuro est une marque déposée de Heuro Canada Inc., et PoNS est une marque déposée de Helius Medical Inc.*