

Formulaire "Médecin"

Instructions pour les représentants légaux

Ce Formulaire est à compléter par le médecin si le requérant ne devait pas pouvoir signer les documents destinés à la Claims Conference. Veuillez présenter ce formulaire au médecin du requérant pour qu'il le remplisse. Le médecin aura dû voir le requérant **dans les deux mois précédents** pour que la Claims Conference puisse accepter ce formulaire.

Une fois rempli par le médecin, veuillez faire parvenir l'**original** de ce formulaire à la Claims Conference - en complément des autres documents demandés. Les photocopies, fax ou emails ne sont pas acceptés.

Instructions pour le médecin

Ce Formulaire est seulement à remplir si votre patient ne devait pas pouvoir signer les documents destinés à la Claims Conference et si vous l'avez vu impérativement **dans les deux derniers mois**.

Nom du médecin

Numéro d'ordre (le cas échéant)

Telephone

Adresse

Nom de votre patient/e

Date de naissance

Date de sa dernière visite

Attestation:

J'atteste que le patient/ la patiente indiqué/e ci-dessus est à ma connaissance toujours en vie à ce jour.

De plus, je confirme par la présente qu'en raison de son état de santé mon patient/ma patiente, est

grabataire et/ou ne peut être transporté/e ;

et/ou

est dans l'incapacité de signer des documents officiels.

J'atteste par la présente que les données ci-dessus sont véridiques et correspondent aux informations que je détiens. Je sais que toute fausse déclaration ou affirmation erronée entraînera des poursuites pénales selon les lois en vigueur.

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| Signature du médecin | Date / / |
| Cachet du médecin | |