

SITE :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax. :

Civilite :**Nom :****Prénom :**

Nom de naissance :

Né(e) le :

Tuteur Nom :**Prénom :**

N° Dossier :

Enregistré par :

A :

Le :

Je demande la réalisation sans prescription médicale des examens suivants :

J'ai reçu toutes les informations relatives aux examens, notamment les conditions de prélèvement, le lieu de réalisation, le délai, le coût et les modalités de rendu des résultats. Ces informations peuvent également être consultées dans le catalogue des examens mis à disposition par le laboratoire.

J'ai été informé que conformément à l'article L162-13-2 du code de la sécurité sociale, la réalisation sans prescription d'un examen de biologie médicale ne fait pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie ou par les assurances complémentaires.

Par conséquent, ces examens seront à donc à ma charge et j'accepte de régler le montant estimatif des honoraires au laboratoire : **Euros**

Je suis informé(e) que dans le cas d'examens à facturation variable, ce montant peut varier en fonction des résultats et n'est communiqué au moment du prélèvement qu'à titre indicatif.

[] Je souhaite communiquer le nom du médecin à contacter en cas de résultats perturbés :

.....

En l'absence de médecin traitant et/ou à la demande du patient, le biologiste médical peut procéder à l'interprétation du compte rendu de résultats. »

Signature du patient / tuteur :*Document à scanner après signature du patient*