SELARL Le Labo Parc Monceau	**Consentement**	**C SEC ENR 002** **Version n° : 3** **Page 1 sur 1**
		Date d'application : 2014-01-02

Identification du patient

Identification du patient *(en majuscule)* ☐ Enf ☐ Mme ☐ Mr Nom de Naissance :……. *Pour les femmes mariées* : Nom marital :…….. Prénom :…….. Date de naissance : …… Sexe : ☐ M ☐ F	Ou Coller une étiquette du dossier

Examens concernés :

Médecin à contacter en cas de résultats perturbés :
Nom : Tel :

Je certifie :

☐ Refuser l'exécution des analyses citées ci dessus prescrites par mon médecin ;

☐ Souhaiter réaliser les analyses ci-dessus ultérieurement ;

☐ Demander la réalisation des analyses ci-dessus à ma propre initiative, m'engager à les régler, avoir été informé qu'elles ne seront pas remboursées par la CPAM;

☐ Avoir été informé que les analyses ci-dessus sont hors nomenclature (non remboursables par la CPAM) et à régler par mes soins ;

☐ Donner mon accord pour que mes résultats d'analyse soient transmis directement à la société d'assurance …….sans que j'en ai eu connaissance au préalable

Date : Date :

Signature Patient Signature Laboratoire