

JE RECHERCHE UN MEDECIN TRAITANT

**La Communauté Professionnelle
Territoriale de Santé (CPTS) peut
vous orienter en fonction des
possibilités sur le territoire**

COMMENT ?

**Remplir le formulaire et
le transmettre à la CPTS**

cpts.sds@gmail.com

**En cas de possibilités les
coordonnées d'un
médecin sont
transmises**

**Prendre RDV auprès du
secrétariat du cabinet
médical du médecin
concerné**



**La CPTS n'est pas un cabinet
médical !**

**L'urgence médicale ne relève pas
de la CPTS !**

L'adhésion des médecins est volontaire !

**La CPTS ne peut s'engager dans la relation patient /
médecin !**

FORMULAIRE

ACCES MEDECIN TRAITANT

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM PRENOM

Date de Naissance : / / Lieu de Naissance :

Adresse :

Téléphone : E-Mail :

Numéro de sécurité sociale :

Mesure de protection : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre:

Constitution du foyer (conjoint(e) / enfant(s):

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ Nouvel (le) arrivant sur le territoire ☐ Je souhaite changer de médecin traitant

☐ Mon médecin ne souhaite plus me prendre en charge => Motif:

☐ Mon médecin quitte le territoire et / ou arrête son activité => Nom / Prénom:
=> Date :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Je suis atteint
d'une ALD ☐ Non

☐ Oui Pathologie(s) concernée(s) :

Je suis suivi par
un spécialiste ☐ Non

☐ Oui Si oui le(s)quel(s) ? :

Je suis
bénéficiaire
CSS (CMU) ☐ Non ☐ Oui

Mobilité

☐ Physiquement , je ne peux pas me déplacer

☐ Je peux me déplacer, avec l'aide d'une personne qui peut me véhiculer

☐ Je peux me déplacer, mais je n'ai pas de moyen de transport ni de personne pour me véhiculer

☐ Je peux me déplacer, j'ai une voiture / un moyen de transport

Autres professionnels vous
accompagnant (Auxiliaire de vie,
assistante sociale,
infirmière,.....):

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES

.....

.....

☐ J'accepte recevoir des informations de la part de l'Association CPTS sud Deux-Sèvres (cpts.sds@gmail.com)