

Service médical de :

.....





Rapport médical

Nom / Prénom : Né le. :

Destinataires:

- Etablissement pénitentiaire de :
- Hôpital :
- Autre service de soins :
- Autres :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Nuit	Réserve	Durée limitée

Vous trouverez ci-joint des médicaments pour jours

Dernière administration de médicaments :

- Médicaments du matin, donnés dans l'établissement
- Médicaments de midi, remis pour le transport

Méthadone Dose : mg doses journalières fournies a eu la dose d'aujourd'hui

Test de Mantoux : négatif positif pas vérifié

Régime prescrit :

Remarques:

Traitements en cours :

Thérapies :

- Psychotérapie ordonnée
- Psychothérapie volontaire
- Thérapeute:
- Autres:

Annexes :

- Rapport (**Décharge du secret médical signée au verso**)
- Les dossiers médicaux pertinents sont disponibles et peuvent être demandés avec le formulaire "**Décharge du secret médical**"
- Radiographies
- Autres :


Pour le service médical :


Lieu, Date

Document recommandé par:

Service médical de :

.....
.....



Rapport médical

Entbindung vom Arztgeheimnis

Der Unterzeichnete, geb., z.Zt.

Anstalten, erklärt sich einverstanden, dass seine medizinischen Akten

..... übermittelt werden dürfen.

Er befreit die in Frage kommenden Ärzte zu diesem Zweck ausdrücklich vom Arztgeheimnis und entbindet sie diesbezüglich auch von der ärztlichen Schweigepflicht.

Unterschrift:

Ort, Datum,

.....

Décharge du secret médical

Le soussigné, né le,
actuellement incarcéré aux Etablissements pénitentiaires de,
donne son accord pour que les documents médicaux le concernant soient transmis
à :

A cette effet il délègue le Dr médecin traitant, du secret médical.

Signature:

Lieu, le

.....