



## Remplir votre carte de communication

Veillez inscrire votre nom (dactylographié ou lettres moulées) dans l'espace réservé à cet effet à l'avant de la carte.

De l'autre côté de la carte, veuillez inscrire vos renseignements (dactylographiés ou lettres moulées) dans l'espace réservé à cet effet :

- Nom
- Date de naissance
- Numéro d'assurance-maladie (#AM) et date d'expiration de la carte d'assurance-maladie
- Adresse permanente
- Deux** numéros de téléphone
- Adresse électronique
- Médecin de famille **OU** infirmière praticienne
- Mandataire, sa relation avec vous (p. ex. époux, enfant, sœur) et ses coordonnées
- Personne à aviser (PàA) en cas d'urgence, sa relation avec vous (p. ex. époux, enfant, sœur) et ses coordonnées

Merci.



Je m'appelle nom du patient ou de la patiente

Cette carte a été préparée pour m'aider à m'inscrire à mes rendez-vous.

**Veillez voir mes renseignements détaillés au dos de la carte.**



Nom : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_

#AM : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. (Select) : XXX-XXX-XXXX Tél. (Select) : XXX-XXX-XXXX

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Médecin de famille / IP : \_\_\_\_\_

Mandataire : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. (Select) : XXX-XXX-XXXX Tél. (Select) : XXX-XXX-XXXX

PàA : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. (Select) : XXX-XXX-XXXX Tél. (Select) : XXX-XXX-XXXX