|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Non planifié Formulaire de traitement |  |  |

Date

Cher patient,

Lors de votre dernière visite, le Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vous a prescrit un traitement. Votre santé est notre principal souci et notre objectif est de vous prodiguer des soins d’une qualité optimale.

Si vous avez des questions ou nourrissez des inquiétudes concernant votre traitement et votre couverture d’assurance, appelez notre bureau ou adressez-lui un e-mail. Le Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sera ravi d’examiner tout cela avec vous.

Appelez le bureau à votre meilleure convenance pour planifier un rendez-vous ou poser toute question que vous pourriez avoir.

Au plaisir de vous entendre ou de vous voir bientôt.

Cordialement,

Nom de l’employé

Nom du médecin

Adresse e-mail :