



Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

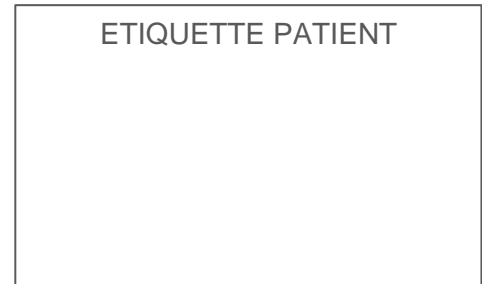
Sexe : F  M

Date de naissance : .....

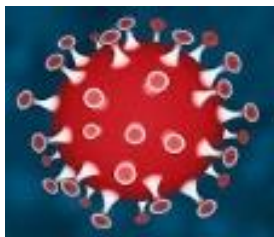
Entretien avec le praticien : .....

Lors de la consultation du : .....

Concernant l'intervention ou l'acte invasif : .....



Je dois subir une consultation, un examen, une intervention chirurgicale à la Clinique Turin.



J'ai bien compris que la pandémie actuelle de Covid-19 impose à la population des risques accrus de contracter une maladie potentiellement grave.

Mon médecin m'a bien détaillé les mesures de prévention qui sont mises en place à la Clinique Turin pour les soins qui me sont proposés : mesures barrières, isolement, protections du personnel et des soignants, mesures d'hygiène...

Je reconnais que le praticien a répondu de façon **complète et compréhensible à toutes les questions que j'ai souhaitées lui poser.**

Date :        /        /

Signature du patient :

## POUR UN MINEUR / UN MAJEUR PROTÉGÉ

PARENT 1 OU REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Date :        /        /

Signature parent 1 / représentant légal :

PARENT 2

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Signature parent 2 :