ECHOPARTNER SARL

Bon d’examen

Échographie diagnostique et gestes échoguidés

Patient

Nom et prénom

Date de naissance

Téléphone

Prescription

Échographie ou geste demandé (région et côté si pertinent)

Motif ou question clinique

Médecin prescripteur

Nom et téléphone du cabinet

Date

Signature et cachet

Rendez-vous auprès du secrétariat du centre médical partenaire.

Contact contact@echopartner.ch