



FORMULAIRE HANDICONSULT

A renvoyer à consultation@handiconsult.ch
Secrétariat 022 709 00 93

Patient en situation de handicap :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Est-il/elle inscrit à « Mon dossier médical »?

Demande :

- consultation médicale en lien avec la situation de handicap
- organiser des investigations

Cause(s) du handicap (si connue(s)):

Problèmes de santé actuels :

Question posée :

Délai souhaité :

Médecin demandeur :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

E-mail :

En annexe, à joindre :

- Fiche Handicap HUG
- https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/admission_situationhandicap_web.pdf
- Liste et posologies des médicaments (à jour)
- Recommandations/directives anticipées si disponible