

ATTESTATION D'AVOIR RECU L'INFORMATION

Je soussigné (e),

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Certifie avoir pris connaissance de la fiche d'information concernant

la coloscopie et/ou la fibroscopie

réalisée(s) par le Docteur Denis LAUDE le

et reçu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant mon examen.

Fait à le

Signature du patient

Attestation à remettre à l'infirmière, le jour de votre examen
Au 1^{er} étage de la Clinique