

ATTESTATION D'A VOIR 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 3ème étage de la Clinique