

MitoScholars

PREUVE DE FORMULAIRE DE DIAGNOSTIC

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS - À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Le nom complet du demandeur

Nom des soins de santé Fournisseur

Nom de l'hôpital ou de la clinique

Adresse de rue

Ville et Province Code postal

Numéro de téléphone du bureau Le courriel du fournisseur de soins de santé

Cet espace est l'endroit où vous pouvez partager des notes avec nous

Note

SECTION DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

Cette section doit être complétée par le fournisseur de soins de santé
Veuillez fournir un bref résumé des antécédents médicaux du demandeur en ce qui concerne leur diagnostic de la maladie mitochondriale

Je certifie que ce demandeur est sous mes soins médicaux et a été diagnostiqué avec:



Date :

Médecins Nom complet :

Signature des médecins