



IBC'LAB  
Chaussée de  
la Hulpe 171  
1170 Bruxelles

**Consentement patient  
protocole assurance**

Ref : FORM-SEC-003-02  
Version : 02  
Applicable le : 08-11-2021



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT PROTOCOLE DESTINE A UNE ASSURANCE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Service médical de l'Assurance (*nom de l'assurance*):

.....

Médecin traitant :

Dr (*Nom, prénom*) .....

(*Adresse*) .....

.....

J'accepte que mes résultats de laboratoire soient transmis directement par le laboratoire IBC au médecin de mon assurance (service médical), ainsi qu'à mon médecin traitant mentionnés ci-dessus.

Date

Signature

*Numéro jaune (pour le préleveur) :*

