

Nom / Prénom :

---

Date de naissance :

---

Adresse :

---

---

Téléphone :

---

## Formulaire pour électroencéphalogramme

1. Envoyer le formulaire rempli à l'adresse e-mail suivante : [secretariat-med-hmo@reseaudelarc.net](mailto:secretariat-med-hmo@reseaudelarc.net)
2. Prise de rendez-vous au 032 494 38 86 (uniquement si urgence absolue)

**Date du rendez-vous souhaitée :**

### Médecin (Tampon)

Nom et prénom

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

**Informations cliniques / Indications pour l'EEG :**

**Traitement actuel en cours :**

**Remarques :**

**Questions :**