



Lagardère, Unité Médico-Sociale ASBL  
Compte Bancaire : BE07 0689.4406.6166  
Mail : [lagardereasbl@gmail.com](mailto:lagardereasbl@gmail.com)  
GSM (0032) 475.319.745  
Tél. : 0800.12.505

Date : .....

Nom, Prénom : .....

Numéro national : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse : .....

Je soussigné.....

certifie avoir demandé au Docteur David Bouillon et à son équipe pour une prise en charge COVID- 19 à ma demande.

Avez-vous été vu par un médecin récemment ? : Oui / Non

Type d'examens :

Test PCR :

Test rapide antigénique :

Prise de sang :

Symptômes Covid-19 : .....

.....

Covid-19 : Oui / Non

Vaccination : Oui / Non Si « Oui », nom du (des) vaccin(s) : .....

Dates de vaccination : 1<sup>ère</sup> Dose : .../.../... 2<sup>ème</sup> Dose .../.../... 3<sup>ème</sup> Dose : .../.../... 4<sup>ème</sup> Dose : .../.../...

Souhaitez-vous être hospitalisé(e) ? Oui / Non

Je suis informé par le Docteur Bouillon et son équipe médicale par toutes les explications.

Les certificats médicaux et autres documents administratifs et résultats de la prise de sang seront assurés par mon médecin traitant (continuité des soins).

Je certifie avoir payé la somme de ..... € pour le dépistage COVID-19.

Paiement : espèces, virement.

Signature du patient,

Signature personnel de la Santé,