

# Vous êtes à la recherche d'un médecin traitant ?

Are you looking for a general practitioner ?

## INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM Prénom - Name

Age

Téléphone - Phone Number

Commune

Adresse mail - Email

Nombre de personnes du foyer concernées par la demande

Number of household members concerned by the request

1

2

3

4

5

+ de 5

Nom du Médecin Traitant actuel (si existant)

Commune d'exercice

J'ai besoin d'un suivi régulier car je prends un traitement quotidien.

I need follow-up because I take a daily treatment.

OUI - Yes

NON - No

Je me déplace  
I move

J'ai besoin de visites à domicile  
I need home visits

## MOTIF DE LA DEMANDE

Mon médecin traitant est parti à la retraite ou a quitté le territoire.  
My doctor retired or left the territory.

Je souhaite changer de médecin traitant.  
I want to change doctor.

J'emménage sur le territoire.  
I'm moving here.

**En remplissant ce questionnaire, j'accepte d'être contacté-e dans le cadre de ma recherche de médecin traitant.**

By completing this questionnaire, I agree to be contacted only for my search for a general practitioner.



**Pour que ma demande soit traitée plus rapidement  
Je remplis ce questionnaire en ligne**



**CPTS Charente Terre du Milieu**  
24 rue des Bouviers - 16230 MANSLE  
contact@cpts-tdm16.fr - 09.72.19.55.15