



Germans Trias i Pujol
Hospital



Institut Català
de la Salut

Unitat del Dolor
Tel. 93 497 89 29
Fax 93 497 87 49

Sol·licitud d'informe Mèdic

Emplenar per secretaria

Avisat amb data: ____ - ____ -20__

Entregat amb data: ____ - ____ -20__

Dades del Pacient

Nom i Cognoms:

Nº de pacient de l'hospital (consultar a secretaria): _____

DNI: _____ - ____

Telèfon: _____, _____

Dades del Informe

Sol·licita al Dr. / Dra. _____

un informe mèdic a efectes de presentar a _____

_____ pel dia ____ de _____ de 20__

Badalona, a ____ de _____ de 20__

Signatura del sol·licitant