**DEMANDE PAR LE TRAVAILLEUR D’UNE CONSULTATION**

**AUPRÈS DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

**À remplir et renvoyer directement à Empreva (par e-mail ou la poste)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom:  | … |
| Date de naissance:  | … |
| Fonction:   | … |
| Employeur : Institution, département et adresse:  | … |

|  |
| --- |
| **Pour me donner rendez-vous, veuillez me contacter aux coordonnées suivantes** : |
| Téléphone / GSM:  | … |
| E-mail:  | … |
| Adresse:   | … |

**Je demande au médecin du travail d’être convoqué(e) pour la consultation suivante (°):**

[ ]  **Hors congé maladie :** « ***Consultation spontanée »***

|  |
| --- |
| …  |

[ ]  **Durant un congé maladie: « *Visite de pré-reprise du travail »***. Date de reprise prévue:

**Je demande au médecin du travail (°):**

[ ]  **d’informer** mon employeur de cette consultation

[ ]  **de ne pas informer** mon employeur de cette consultation

|  |
| --- |
| Je demande au médecin du travail de prendre contact avec mon médecin traitant, dont voici les coordonnées\*: |
| Nom, prénom : | Dr. …   |
| Téléphone / GSM:  | … |
| E-mail:  | … |
| Adresse:   | … |

|  |
| --- |
| ***Afin de faciliter la consultation, prière d’apporter avec vous******tous les documents et rapports médicaux utiles à la consultation*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Date : | … |
| Signature du travailleur,  |

° cocher les cases utiles, obligatoire

\* facultatif, remplir les coordonnées du Médecin traitant le cas échéant