**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