

**« GRANDS THERMES »**

**QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL**

à remplir par votre **Médecin Traitant**.

Questionnaire à remettre à votre **Médecin Thermal** lors de votre 1<sup>ère</sup> visite de cure, à Bagnères

**NOM & Prénom :** .....

Né(e) le : .....

**INDICATION DE CURE :**

**1<sup>ère</sup> Orientation**

**RH**  **PSY**  **VR**

Éventuellement 2de orientation :

**RH**  **PSY**  **VR**

**VOTRE SANTE :**

**Vos Antécédents Médicaux :**

**Votre pathologie :**

**Traitement en cours :**

**Qu'est-ce qui a motivé votre cure thermale :**

***Il est conseillé aux Curistes sous traitement médical de venir en cure aux « Grands Thermes » munis de leurs médicaments et éventuellement de l'ordonnance du médecin traitant pour le renouvellement.***

Personne à prévenir en cas de problème :

**NOM & Prénom :** .....

**N° Tél.** .....

**Observations :**

**AU DOS : Liste des Médecins Thermaux**

