



Nous prenons soin de vous

HÔPITAL PRIVÉ  
SAINTE-MARIE

## AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MAJEUR

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

Je soussigné(e), Mr/Mme.....

autorise l'équipe médicochirurgicale de l'Hôpital privé Sainte Marie à m'opérer :

Motif de l'intervention : .....

par le docteur : .....

et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Tél Domicile : .....

Tél Portable : .....

Date : ...../...../.....

Signature :