



## WEIGHT MANAGEMENT PROGRAM – REFERRAL FORM

### Patient Information

Last name	First name	Date of birth (y/m/d)	Sex M      F
Telephone (home)	(business)	(cell)	
Medicare #		Expiry date	

### Referring Physician Information

Physician's name	Physician's number	Telephone
Address		
Please see my patient re: weight management. Any further MD notes:		

### Please forward referral by:

Fax: (514) 737-3390	Mail: 1310 Greene Ave. Suite 230 Montreal, Quebec H3Z 2B2
---------------------	--

*Thank you. This information will ensure that your patient's assessment will be booked without delay.*

**Telephone: 514-737-3360**



## PROGRAMME DE GESTION DU POIDS – RÉFÉRENCE

### Renseignements sur le (la) patient(e)

Nom	Prénom	Date de naissance (m/j/a)	Sexe H      F
Téléphone (domicile)		(travail)	(cell)
RAMQ #		Date d'expiration	

### Renseignements sur le médecin traitant

Nom du médecin	Numéro du médecin	Téléphone
		Fax
Adresse		
Courriel		
Je vous adresse mon (ma) patient(e) pour une consultation en gestion du poids. Notes supplémentaires du médecin:		

### Veillez envoyer la demande par:

Télécopieur: (514) 737-3390	Poste: 1310, avenue Greene bureau 230 Montreal (Québec) H3Z 2B2
-----------------------------	--

*Merci. Ces renseignements nous permettront de fixer un rendez-vous sans délai pour l'évaluation de votre patient.*

**Téléphone: 514-737-3360**