

Attestation pour l'installation d'un rein artificiel (appareil de dialyse)

Date :

Nom de l'hôpital :

Adresse de l'hôpital :

La présente vise à certifier que les changements suivants étaient des transformations minimales essentielles à apporter à la résidence de (nom du (de la) patient(e)) située au (adresse) afin de permettre au personnel hospitalier d'installer un appareil de rein artificiel. Cet appareil est maintenu et supervisé par l'hôpital, et sous le contrôle direct du(de la) soussigné(e).

Courte description des modifications ou améliorations requises :

Transformations apportées à la maison :

Améliorations au système électrique :

Améliorations à la plomberie :

Directeur(trice) de la dialyse