

**C4) Demande d'une intervention pour l'alimentation adaptée dans le cadre de la maladie coeliaque.**

<b><u>Identification du bénéficiaire</u></b>
Nom, prénom :.....
Adresse :.....
Date de naissance :.....
Numéro INSS:.....

Autorisation de type B3)

**DONNEES MEDICALES**

Diagnostic: .....

Description circonstanciée de l'état clinique du bénéficiaire :

Résultats des tests histologiques et sérologiques :

<b><u>Identification du médecin spécialiste</u></b> (remplir ou apposer cachet)
Nom, prénom :.....
N° d'ident. INAMI :.....
Date:.....
Signature:.....

