



[Centre Hospitalier Universitaire de Rennes \(Retour à la page d'accueil\)](#)

Je souhaite être recontacté(e) pour prendre un RDV

Votre identité

Titre *(obligatoire)*

Mme ▾

Nom *(obligatoire)*

Prénom *(obligatoire)*

Si le patient est mineur ou sous tutelle, merci de préciser le nom du représentant légal

Date de naissance (jj/mm/aaaa) *(obligatoire)*

Courriel *(obligatoire)*

Répéter le courriel *(obligatoire)*

Téléphone fixe et/ou portable *(obligatoire)*

Adresse *(obligatoire)*

Code postal *(obligatoire)*

Ville *(obligatoire)*

Votre demande de RDV

Service à contacter : *(obligatoire)*

Urologie

Consultation à contacter : *(obligatoire)*

Consultations sexologie

Etes-vous déjà venu(e) en consultation ou hospitalisation au CHU de Rennes ? *(obligatoire)*

- Oui
 Non

Etes-vous déjà venu(e) dans ce service ? *(obligatoire)*

- Oui
 Non

Si oui, merci de préciser le nom du médecin que vous avez rencontré.

Sinon, indiquez le nom du médecin éventuellement souhaité.

S'agit-il d'un RDV de suivi obligatoire suite à une intervention chirurgicale ? *(obligatoire)*

- Oui
 Non

Etes-vous adressé(e) par un praticien extérieur au CHU ? *(obligatoire)*

- Oui
 Non

Si oui, merci de préciser le nom et les coordonnées (adresse et téléphone du praticien).

Message (motif de votre demande de rendez-vous) *(obligatoire)*

Vous venez pour la 1ère fois au CHU de Rennes, merci de joindre si possible un courrier ou une ordonnance de votre médecin (PDF, JPEG - taille max. 2Mo)

Choose File No file selected

Validation

Acceptez-vous d'être recontacté(e) par mail et/ou par téléphone ?

Oui ▼

Acceptez-vous de recevoir des informations grand public de la part du CHU sur votre adresse e-mail ?

Oui ▼



ENVOYER

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés modifiées, le patient possède un droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant les informations enregistrées sur lui ou les personnes de sa famille. Ce droit s'exerce par courrier auprès du responsable du traitement : Direction des finances et des systèmes d'information du CHU de Rennes 43/45, rue Antoine Joly - 35033 Rennes cedex 9.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES

2 rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes cedex 9

Tél. : 02 99 28 43 21