

Chère patiente, cher patient,

Afin de pouvoir vous prendre en charge médicalement, nous avons besoin de certaines informations personnelles vous concernant. Nous vous prions de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous. Nous vous remercions de votre collaboration.

Données personnelles

Nom

Prénom

Sexe

Date de naissance

☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre

Adresse (domicile) : Rue

NPA, Localité

Mobile

Téléphone Privé

E-Mail

Téléphone professionnel

Profession

Employeur / Nom de l'entreprise

Assurance maladie

Caisse maladie

Assurance complémentaire

☐ Générale ☐ Semi-privée ☐ Privée

Numéro de carte d'assurance

Médecin traitant / Médecin de famille

Nom, Prénom

☐ Je n'ai pas de médecin de famille

Adresse du/de la médecin traitant(e)

Vous avez été adressé(e) par

Contacts d'urgence

1er contact

Nom, Prénom

2e contact

Nom, Prénom

Adresse

Adresse

Téléphone

Téléphone

Lien (partenaire, conjoint(e), etc.)

Informations

→ J'autorise mon médecin à demander l'accès à mes dossiers médicaux ainsi qu'à transmettre les résultats médicaux au médecin chargé du suivi.

→ Valable pour toutes les caisses maladie :

Les coûts des médicaments ou du matériel non pris en charge, ou seulement partiellement pris en charge par l'assurance maladie, feront l'objet d'une facturation directe et devront être réglés par vos soins. Ceci concerne en particulier les patient(e)s assuré(e)s auprès de Concordia et Atupri lors d'examens nécessitant une utilisation importante de matériel.

En signant ci-dessous, le/la patient(e) confirme que les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes et qu'il/elle a pris connaissance des dispositions relatives aux coûts.

Pour les patient(e)s mineur(e)s, un parent ou le/la représentant(e) légal(e) confirme par sa signature l'exactitude des informations ainsi que la prise de connaissance.

Date

Signature