

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PATIENT

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Etat civil _____

Rue / N° _____

CP/ Localité _____

Téléphone (dom.) _____

Portable _____

E-Mail _____

Nationalité _____

Profession _____

Téléphone (pro.) _____

Employeur (E) _____

Adresse (E) _____

CP/ Localité (E) _____

Médecin de famille (M) _____

Adresse (M) _____

Médecins traitants (MT) _____

Adresse (MT) _____

Envoyer un rapport
au médecin traitant ☐ Oui ☐ Non

Modèle du médecin
de famille ☐ Oui ☐ Non

ASSURANCE

Maladie ☐ Générale ☐ SP ☐ P
(Semi privée) (Privée)

Assurance _____

Agences _____

N° d'assuré _____

Assurance complémentaire _____

☐ Gén. CH ☐ SP ☐ P

Accident ☐ Générale ☐ SP ☐ P

Assurance-accidents _____

N° d'assuré _____

Date de l'accident _____

Assurance complémentaire _____

☐ SP ☐ P

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

CONTACT

Personne à contacter _____ Téléphone _____
(Veuillez préciser si le patient n'est pas majeur)

Discipline sportive _____ Association / Comité _____

MÉDICAMENTS ACTUELS

ALLERGIES CONNUES

MALADIES / OPÉRATIONS PRÉCÉDENTES

EXAMENS PRÉLIMINAIRES? (ANALYSES DE LABORATOIRE, RADIOGRAPHIE, IRM, CT)

☐ Oui ☐ Non Quand et où? _____

VEUILLEZ APPORTER

- Rapport médical et rapport d'opération
- Études préliminaires? (Analyses de laboratoire, Radiographie, MRI, CT)

Je suis conscient(e) que les données me concernant seront transmises au requérant ainsi qu'aux assureurs concernés. Les assureurs ont besoin de ces données pour me faire bénéficier des prestations auxquelles j'ai droit. J'accepte que mes données personnelles soient enregistrées, exploitées et traitées.

J'accepte également que mes données personnelles soient transmises ou publiées en cas de réclamation et pour une utilisation anonyme à des fins de recherche, et je délègue les médecins qui me prennent en charge du secret médical.

☐ Oui ☐ Non

Les rendez-vous qui n'ont pas été annulés au moins 24 heures en avance seront facturés en privé. Merci de votre compréhension.

QUI VOUS A RECOMMANDÉ À NOUS?

☐ Association / Comité ☐ Famille ou amis ☐ Internet ☐ Médecin ☐ _____

Lieu / Date

Signature patient(e) (ou de son représentant légal)