



FICHE D'INSCRIPTION PHYSIOTHERAPIE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F M

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél privé : _____ Natel / Mobile : _____

Email : _____

N° AVS : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Assurance Maladie: _____

Nom de l'assuré : _____ N°Assuré /Police: _____

Médecin traitant : _____

Médecin prescripteur : _____

Maladie Accident Date de l'accident : _____

En cas d'accident veuillez nous fournir une copie de la déclaration d'accident.

Déclaration de consentement :

J'autorise ma physiothérapeute :

- à échanger des informations médicales relatives à mon traitement avec mon médecin traitant et le médecin prescripteur ;
- à transmettre toutes les données personnelles requises ainsi que les informations relatives à mon traitement aussi bien à l'organisme de facturation et à l'institution chargée d'un éventuel encaissement qu'à l'avocat mandaté et aux instances étatiques compétentes.

Tout rendez-vous convenu auquel je ne me suis pas présenté/e et qui n'aura pas été annulé au moins 24 heures avant me sera facturé.

Le droit suisse s'applique.

Lieu, date :

Signature du patient/de la patiente :
