

Formulaire d'inscription pour patientes et patients

Nous vous souhaitons la bienvenue dans notre cabinet et vous remercions de votre confiance. Veuillez remplir les deux pages du présent formulaire, en caractères d'imprimerie. Si nécessaire, notre personnel vous assistera volontiers.

Nom

Prénom(s)

Date de naissance (jour, mois, année)

Pour personnes mineures : nom et prénom(s) du ou des détenteurs de l'autorité parentale

État civil

Personne de contact (parents ou proches)

Rue et n°

NPA

Lieu

Téléphone, privé

Téléphone, professionnel

Téléphone, mobile

E-mail

Profession

Employeur/employeuse

Médecin généraliste et date de la dernière consultation

Recommandé par

Caisse-malade/assurance-accidents et numéro d'assuré

J'ai un contrat de type de médecin de famille, HMO, myDoc, First Call, First Med, Telmed ou autres

Oui/Entourer Non

Veillez tourner la page.

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Lesquelles et en quelle année ?

Avez-vous eu des accidents ou fait de lourdes chutes ? En quelle année ?

Avez-vous déjà eu des fractures ? De quels os et en quelle année ?

De quelles maladies graves souffrez-vous ou avez-vous souffert – à part votre problème actuel ? En quelle année ?

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Lesquels et pourquoi ?

Souffrez-vous d'allergies ?

Avez-vous pris ou perdu du poids ces derniers temps ? Combien et sur quelle période ?

→ J'autorise le cabinet à se procurer des radiographies, des rapports et autres renseignements médicaux ou à transmettre ceux-ci à un personnel médical. J'autorise en outre la transmission (électronique) des données pour facturation aux assurances et caisses-maladie. La présente autorisation englobe également les institutions, avocats et tribunaux chargés des encaissements. Dans ce cadre, je libère ma chiropraticienne/mon chiropraticien du secret professionnel et de son devoir légal de discrétion imposé par la loi fédérale sur la protection des données.

→ Mes données peuvent être utilisées à des fins d'étude. Les données sont alors anonymes et ne permettent pas d'établir un lien avec ma personne.

→ Le for en cas de litige résultant du traitement par ma chiropraticienne/mon chiropraticien est le lieu de son cabinet. Frais de rappel : 1^{er} rappel 5 francs, 2^e rappel 20 francs.

Date et signature (pour personnes mineures : nom et prénom(s) du ou des détenteurs de l'autorité parentale)

Consentement éclairé :

J'ai été informé/e en détail et de manière clairement compréhensible des résultats de l'examen et du ou des diagnostics. J'ai bien compris le concept de traitement de la chiropraticienne/du chiropraticien J'ai également été informé/e des risques possibles du traitement chiropratique. Je suis suffisamment informé/e et je consens au traitement en connaissance de cause.

Date et signature (pour personnes mineures : nom et prénom(s) du ou des détenteurs de l'autorité parentale)