

Fiche d'identité

Données personnelles

Madame Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Rue et n° _____

NP et localité _____

N°AVS _____

N° téléphone portable _____

N° téléphone fixe _____

N° téléphone prof. _____

Adresse électronique _____

Profession _____

Bénéficiez-vous de : PC : Oui SSR : Oui AJAM : Oui curatelle : Oui

Curateur-trice ou éventuelle personne de contact : Nom, prénom, adresse, n° fixe et portable

.....

.....

Pour les enfants mineurs : représentant-e légale

Nom Prénom

Adresse si différente de l'enfant

N° fixe et portable

Transmission des documents souhaitée et autorisée : par voie électronique par courrier postal

J'ai pris connaissance du fait que les données ou résultats de mes antécédents médicaux, y compris les radiographies, photos ainsi que leurs copies ou imprimés peuvent être échangés. Ceci à des fins informatives ou de clarification avec mon médecin traitant ou toutes autres personnes ou institutions médicales soumises au secret médical telles que les assurances, etc. ... Vos données nécessaires à la facturation, au recouvrement et à la comptabilité peuvent également être transmises aux institutions concernées.

Lieu et date : Signature :

