



FORMULAIRE INSCRIPTION PATIENT

PARCOURS DU PATIENT - PP 1.6.3

© 02.2023-version 1.1

17 ch. du Champ d'Anier, 1209 Genève, tél: +41 22 300 66 66, www.therapiedelatourelle.com

Monsieur

Madame

Enfant

nom

prénom

né(e) le

représentant légal

adresse

NP

ville

tél privé

tél portable

tél prof

n° AVS

e-mail

ASSURANCE MALADIE

nom

numéro carte

date expiration de la carte

ASSURANCE ACCIDENT

nom

numéro sinistre

date sinistre

Veillez svp nous remettre votre ordonnance du médecin au début du traitement.

Pour toute autre thérapie paramédicale, veuillez s'il vous plait vérifier auprès de votre assurance complémentaire l'étendue de votre couverture.

En cas d'empêchement veuillez annuler votre rendez-vous au plus tard 48 heures à l'avance. Dans le cas contraire, nous nous verrons dans l'obligation de facturer votre consultation.

A la fin du traitement, veuillez SVP passer à la réception pour récupérer votre facture et nous remettre le questionnaire de satisfaction.

Le temps de la consultation dure en moyenne une demi-heure et débute dès l'entrée en cabine. (dont 5 min incluses pour la préparation et la tenue des dossiers)

Nous vous informons que les données que nous récoltons sont essentielles au bon fonctionnement du cabinet. En signant ce formulaire, vous autorisez la collecte de ces données dans ce but uniquement.

Par votre signature, vous déclarez que les indications susmentionnées sont conformes à la vérité.

date

signature