



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	<input type="text"/>	prénom	<input type="text"/>
né(e) le	<input type="text"/>		
représentant légal	<input type="text"/>		
adresse	<input type="text"/>		
NP	<input type="text"/>	ville	<input type="text"/>
tél privé	<input type="text"/>	portable	<input type="text"/>
tél pro	<input type="text"/>	n° AVS	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>		

ASSURANCE MALADIE

nom	<input type="text"/>	n° carte	<input type="text"/>
		date expiration de la carte	<input type="text"/>

ASSURANCE ACCIDENT

nom	<input type="text"/>	n° sinistre	<input type="text"/>
		date sinistre	<input type="text"/>

Veuillez 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 _____