



## Coordonnées patient

Nom/Prénom

---

Date de naissance

---

Sexe

---

État civil

---

Nationalité

---

Adresse

NP/Localité

---

Tél. privé

Tél. professionnel

E-mail

---

Profession/Employeur

---

Pharmacie habituelle

---

Nom et Tél. Personne de contact en cas d'urgence

---

Par les présentes, je déclare accepter ce qui suit :

Votre dossier médical (et les autres données vous concernant) est conservé par Farvamed et peut être consulté par les professionnels de la santé (personnel paramédical compris) de ce cabinet. Vous nous permettez d'obtenir des documents et renseignements médicaux vous concernant auprès d'autres médecins/établissements et, dans la mesure où ces derniers le demandent en votre nom, de les transmettre à ceux-ci, et déliez les professionnels de la santé impliqués à cet effet de leur secret professionnel légal. Nous pouvons déléguer la facturation et le recouvrement à des tiers et leur confier dans ce contexte également vos données, y compris aux autorités compétentes (par ex. offices des poursuites), tribunaux et autres services impliqués (par ex. assurances).

Les rendez-vous de traitement non respectés sont en principe facturés lorsqu'ils ne sont pas annulés au moins 24 heures à l'avance (forfait de 80.- pour 30 minutes de consultation).

En cas de litiges découlant des traitements, Farvamed est en droit de saisir également selon son libre choix les tribunaux ordinaires au siège du patient. Le droit matériel suisse est applicable, notamment le Code suisse des obligations.

## Informations médicales

Problèmes de santé actuels (co-morbidités)

Problèmes de santé médicaux passés et opérations (Antécédents médicaux et chirurgicaux)

Médication actuelle avec dose

Allergies et type de réaction

Lieu, date

Signature