

Informations personnelles / Personal Information

Nom / Surname : Prénom / Name
Nom de jeune fille / Maiden name Sexe / Gender : M ☐ F ☐
Date de naissance / Date of birth C/O :
Adresse postale / Home address
NPA / Postal code : Lieu / Location :
Téléphone privé / Phone number :
Adresse email / Email adress :

Médecin traitant / Family doctor :
Adressé par / Addressed by :

Contact d'urgence / Emergency contact

Nom / Surname : Prénom / Name :
Relation / Relationship : Numéro de téléphone / Phone number :

Informations d'assurance / Insurance Information

Numéro de carte d'assuré(e) / Insurance card number : 807

Assurance complémentaire :

Privée / Private : ☐ Semi-privée / Half-private : ☐

Vos frais médicaux sont-ils gérés par un tuteur ou par l'hospice général ?

- Si mon assurance le permet, ma facture sera adressée et payée directement par ma caisse maladie.
- Le dossier médical du patient peut être consulté par chaque prestataire de soins dans ce centre de santé, dans le cadre des soins intégrés et de l'échange spécialisé entre les différents prestataires de soin.
- Les consultations manquées qui n'ont pas été annulées au moins 24 heures à l'avance peuvent vous être facturées.
- Conformément à l'article 42 al.3 LaMal (obligation de transmettre systématiquement une copie de la facture du patient), j'autorise le cabinet à m'envoyer la copie de la facture par e-mail à l'adresse renseignée sur ce formulaire.

Date :

Signature :