

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : .....

Etat civil : ..... Nom de jeune fille : .....

Adresse privée : .....

N° postal : ..... Localité : .....

Tel. privé : ..... Tel. prof. : .....

Tel. portable : ..... E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Représentant légal : .....

Adresse représentant légal : .....

Pratiquez-vous une activité sportive régulière ?  Oui  Non

Si oui laquelle ? .....

Assureur maladie : ..... N° Carte : 807 560.....

Assureur accident : ..... N° Sinistre : .....

Date du sinistre :     /     /

 Maladie  Accident Médecin(s).....

Motif de consultation : .....

*Par ma signature, j'atteste de l'exactitude des données susmentionnées. D'autre part, usant de mon droit garanti par la LaMal et la LPD (Loi sur la Protection des Données), j'exige que tous renseignements me concernant et demandés par mon assureur, notamment le diagnostic, ne soient transmis qu'à son médecin conseil, nommément identifié et sous pli fermé à son attention personnelle.*

**Je reconnais d'autre part être débiteur des coûts médicaux engendrés par ma consultation, je m'engage à les assumer et à faire toute démarche utile auprès de mon assureur dans les délais.**

*Les patients non assurés en Suisse ou non couverts par une assurance internationale reconnue sont tenus de payer leur consultation au comptant.*

*Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à **la Caisse des Médecins**, à la société éventuellement chargée de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes (office des poursuites, juge de paix, tribunaux...). Il va sans dire que vous ne livrerez aucune donnée susceptible de fournir des informations sur mon traitement médical aux sociétés d'encaissement, à l'office des poursuites, au juge de paix ou aux tribunaux compétents. Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux me concernant.*

**Enfin, je suis informé que tout empêchement d'ordre personnel ou professionnel devra être averti 24h avant le rendez-vous, sans quoi ce dernier sera facturé.**

Lieu et date : ..... Signature : .....

Visa Esprit Sport Physiothérapie : .....