

## Fiche administrative du patient

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	
Nom:	Prénom :
Adresse :	
NPA :	Localité :
Date de naissance :	
Etat civil :	
Nationalité :	
E-mail :	
Tél privé :	Mobile :
Profession :	Employeur :
Médecin traitant :	
<b>Informations importantes :</b>	
Allergies :	
Pace-maker :	
Sous traitement d'anti-coagulation : (Xarelto, Sintrom, Eliquis,...)	
MOTIF DE LA CONSULTATION : maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/>	
ASSURANCE MALADIE : Base :	Complémentaire :
Couverture hospitalière : Commune <input type="checkbox"/>	Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/>
Fait partie du réseau médecin de famille : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
ASSURANCE ACCIDENT :	No accident :
Couverture hospitalière : Commune <input type="checkbox"/>	Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/>
Date de l'accident :	
Je souhaite opter pour le système de décompte : OUI <input type="checkbox"/> envoi de la facture à ma caisse-maladie	
NON <input type="checkbox"/> envoi de la facture à mon domicile	
Par ma signature, je déclare que les indications susmentionnées sont conformes à la vérité et ai pris acte du fait que le médecin envoie ses factures, si vous le désirez, sous forme électronique via MediPort.	
Date :	
Signature :	