

Formulaire d'admission ambulatoire en réadaptation musculo-squelettique

I - Données du patient

COLLER ICI L'ÉTIQUETTE DU PATIENT

Nom : F M Date de naissance :
Prénom : Etat civil :
Adresse :
NPA/Lieu : N° tél. :
E-mail:
Médecin de famille :

Assurance de base : N° de l'assuré :
Assurance complémentaire : N° de l'assuré :
Catégorie : Maladie Accident Autre

II - Questions au médecin prescripteur

A) Date d'entrée souhaitée : Durée du séjour : Jours

B) Diagnostics (raisons du traitement) :

C) Diagnostics concomitants :

E) Traitements suivis à ce jour:

Timbre du médecin prescripteur

Date : Signature :

Téléphone du médecin prescripteur:

Merci d'envoyer ce formulaire dûment rempli au service ambulatoire de la Leukerbad Clinic
Tél : 027 472 51 01 - Fax : 027 472 50 11 - Email : ambulant@leukerbadclinic.ch