

Formulaire d'admission pour une Cure balnéaire (ambulatoire)

1. Données du patient Coller ici l'étiquette du patient

Nom		Prénom		☐ F ☐ H	
Profession		Etat civil		Date de naissance	
Adresse		NPA / lieu			
E-mail		N° tél.			
Médecin de famille		N° AVS			
Assurance de base		N° de l'assuré			
Assurance complémentaire		N° de l'assuré			
Catégorie: ☐ Maladie ☐ Accident ☐ Autre					

2. Questions au médecin prescripteur

A. Date d'entrée souhaitée Durée du séjour jours

B. Diagnostics
(raisons du traitement)

C. Diagnostics
concomitants

D. Traitements suivis
à ce jour

Tampon et signature du médecin prescripteur

Date Signature

Téléphone du médecin prescripteur