

# 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](mailto:ambulant@leukerbadclinic.ch)