

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 à la caisse maladie de votre patient(e) et d'adresser une copie au service ambulatoire de la Leukerbad Clinic - Tél : 027 472 51 09 - Fax : 027 472 50 11 - Email : leukerbadclinic@hin.ch