



Dermatologie Hübscher

Chères patientes, chers patients,

Coordonnées:

Nom:

Prénom:

Nom des parents (pour les enfants):

Date de naissance:

État civil:

Adresse:

NPA / localité:

Téléphone Privé:

Téléphone Prof. :

Profession / Employeur:

Médecin de famille:

La loi fédérale sur l'assurance-maladie prévoit que les patient(e)s reçoivent une copie de la facture médicale par SMS/e-mail, c'est pourquoi nous aurions besoin de ces deux informations :

Téléphone mobile:

E-Mail:

Veillez remettre votre carte d'assurance maladie à la réception.

Info : Nous facturons directement (via Swisscom Curabill Health AG) à votre caisse maladie.

Informations sur les antécédents médicaux

Intolérance à la pénicilline / aux antibiotiques Non Oui

Avez-vous des allergies / intolérances connues ? Non Oui

Si oui, lesquelles :

VEUILLEZ TOURNER LA FEUILLE, SVP!

Souffrez-vous des maladies suivantes :

Rhume des foins: Non Oui

Asthme: Non Oui

Diabète: Non Oui

Cardiovasculaire: Non Oui

Autres maladies :

Prenez-vous des anticoagulants ? Non Oui *nom du médicament*.....

Prenez-vous régulièrement d'autres médicaments ? Non Oui

Si oui, nom du médicament :

.....

Information:

Par ma signature, je confirme que je suis d'accord avec le traitement de mes données, avec l'accès aux données par le médecin et avec la transmission des données à des tiers conformément à l'information aux patients.

Je suis conscient(e) des risques éventuels liés à l'échange de données personnelles sensibles (possibilité de consultation par des tiers non autorisés en cas de voies de communication non sécurisées) ainsi que de mes droits et donne mon accord pour un contact mutuel entre mon médecin et moi-même en tant que patient(e) par le biais des informations de contact indiquées ci-dessus. Les informations sur les patients sont transmises par le cabinet médical exclusivement par des voies de communication sécurisées. Je suis d'accord pour que les demandes administratives, comme par exemple les reports de rendez-vous, soient effectuées par communication électronique non cryptée (adresse @hin vers adresse du destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com etc. La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit que les patient(e)s reçoivent une copie de la facture médicale.

En cas d'empêchement, veuillez annuler le rendez-vous 24 heures à l'avance par téléphone ou par e-mail. **En cas d'absence, nous facturons 50 CHF. En cas de prestations esthétiques, nous facturons la moitié des frais de traitement.**

Date:

Signature:

.....