

Formulaire d'inscription patient.e

Nom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : F / M

Assurance maladie : _____

N° de carte : _____

Médecin assignant : _____

Prénom : _____

Nationalité : _____

Langue maternelle : _____

N° d'assuré.e : _____

N° AVS : _____

Médecin traitant : _____

Représentant légal / **mère**

Nom : _____

Prénom : _____

Rue : _____

NPA : _____

Lieu : _____

Canton : _____

Téléphone : _____

Mobile : _____

E-Mail : _____

En CH depuis le : _____

Autre représentant légal : _____

Représentant légal / **père**

Nom : _____

Prénom : _____

Rue : _____

NPA : _____

Lieu : _____

Canton : _____

Téléphone : _____

Mobile : _____

E-Mail : _____

En CH depuis le : _____

Le Centre de thérapie peut être amené à demander ou communiquer des informations sur le patient dans la mesure où ces données sont dans son intérêt et nécessaires au traitement. Dans tous les cas, les personnes qui reçoivent et transmettent des informations sont liées par le secret de fonction.

La personne soussignée déclare avoir pris connaissance de ce qui précède ainsi que du document « informations pour l'année scolaire », elle a donné des informations exactes et accepte les conditions et procédures décrites. Elle s'engage également à régler rapidement les factures de thérapie si elles ne sont pas prises en charge directement par une assurance. Selon l'art. 42, al. 3, LAMal (en vigueur au 1^{er} janvier 2022), une copie de facture vous sera systématiquement transmise par courrier postal pour toute facture établie dans le système du tiers payant. Notre centre travail en partenariat avec l'entreprise MediData.

Nous nous réservons le droit de vous facturer un dédommagement de CHF 50.- pour tout rendez-vous manqué et non excusé 24 heures à l'avance.

J'accepte de communiquer avec la-thérapeute par messagerie électronique et de recevoir des photos et vidéos de mon enfant afin de suivre son évolution thérapeutique.

Date : _____

Signature(s) : _____