

Formulaire d'inscription patient.e

Nom :	_____	Prénom :	_____
Date de naissance :	____ / ____ / ____	Nationalité :	_____
Sexe :	F <input type="checkbox"/> / M <input type="checkbox"/>	Langue maternelle :	_____
Assurance maladie :	_____	N° d'assuré.e :	_____
N° de carte :	_____	N° AVS :	_____
Médecin assignant :	_____	Médecin traitant :	_____

Représentant légal / mère	Représentant légal / père
Nom :	_____
Prénom :	_____
Rue :	_____
NPA :	_____
Lieu :	_____
Canton :	_____
Téléphone :	_____
Mobile :	_____
E-Mail :	_____
En CH depuis le :	_____
Autre représentant légal : _____	

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-le thérapeute par messagerie électronique et de recevoir des photos et vidéos de mon enfant afin de suivre son évolution thérapeutique.

Date : _____ Signature(s) : _____