|  |
| --- |
| Infos administratives client |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Informations personnelles | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Nom, Prénom : |  | | | | | | | | | | Date de naissance : | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Rue et no : |  | | | | | | | | | | Téléphone : | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| NPA localité : |  | | | | | | | | | | Portable : | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Etat civil : |  | | | | Sexe : |  | | | | | Profession : | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Lieu d’origine : |  | | | | | | | | | | Nationalité : | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| Email |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Données administratives / assurances | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| No AVS: |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Caisse maladie : |  | | | | | | N° assuré : | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Assurance accidents | Non Oui | Nom : |  | | | | | | | N°: | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Assurance complémentaire | Non  Oui | Nom : |  | | | | | | | N°: | |  | | |  | | |
| Informations professionnelles | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Coordonnées de l’employeur |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Informations juridiques | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Régime de protection : | Curatelle de portée générale  Autre curatelle : | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | Nom Prénom du curateur-trice : | | | | | | | Adresse :  Tél. | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Mesure de justice : | Civile  Pénale  Placement judiciaire  PAFA | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Présence d’un réseau externe : | FASD Pro Infirmis  Famille  Autres  CMP, précisez : | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Informations médicales | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
| Médecin psychiatre  Infirmier de référence externe |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Médecin de famille |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Informations familiales sociales, réseau | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Famille  Autre: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | Adresse : | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contact en cas d’urgence | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Famille  Autre: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | Adresse : | | | | | | | | | |
| Portable : | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |

Pour les prestations ambulatoires, je souhaite opter pour le système de décompte   1/3 payant  1/3 garant

Je donne l’autorisation de transmettre les données nécessaires à la facturation, tant à l’institution qui établit la facture, qu’à celle chargée d’un éventuel encaissement.

Le droit de révoquer par écrit l’instruction susmentionnée demeure réservé au patient.

Par sa signature, le patient déclare que ses indications émises ci-dessus sont conformes à la vérité et qu’il a pris connaissance que le CMP envoie ses factures sous forme électronique via MediPort.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |
| Lieu |  | Date |  |  |
|  | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |
| Patient |  | Représentant légal/Parents |  |  |
|  | | | |  |

Dernière mise à jour : 16.04.2021