

Madame	Monsieur	Enfant	Cochez svp
Nom :		Date de naissance :	
Prénom :			
État civil:		Nombre d'enfant et âge :	
Adresse complète :		Numéro de téléphone et natel:	
<ul style="list-style-type: none"> • • • 			
E-mail :			
Caisse maladie de base :		Caisse complémentaire :	
No d'assuré(e) : 807560...			
Profession et employeur :			
Nom de votre médecin traitant :		Nom du médecin spécialiste :	
Prenez vous des médicaments ? Si oui lesquels :			
Avez-vous déjà suivi, pour la même raison qui vous amène chez moi, un traitement chez un physiothérapeute ou un ostéopathe ou chiropraticien ou autre ? Si oui chez qui ?			
Avez-vous subi des opérations ? Si oui lesquelles et quand ?			
Remarques auxquelles je dois être attentive :			
Remarque concernant la facturation physio : après la série de traitement, la facture est envoyée par la caisse des médecins à la caisse maladie ou accident. Les autres soins se paient comptants. <u>En cas d'empêchement, vous êtes priés d'annuler votre rdv au moins 24heures à l'avance,</u> ceci afin d'éviter que les frais de consultation ne vous soient facturés et cela permet qu'un autre patient sur liste d'attente puisse bénéficier d'un traitement. Merci de votre compréhension			
Date et signature :			