

Madame	Monsieur	Mineur	
Nom :		Date de naissance :	
Prénom :			
nom de la personne responsable si le patient est mineur			
État civil:		Nombre d'enfant et âge :	
Adresse complète :		Numéro de téléphone et natel:	
		•	
		•	
E-mail :			
Caisse maladie de base :		Caisse complémentaire, accident :	
No d'assuré(e) : 807560...			
Profession et employeur :		Numéro sinistre assurance accident :	
Nom de votre médecin traitant :		Nom du médecin spécialiste :	
Prenez-vous des médicaments ?			
Si oui lesquels :			
Avez-vous subi des opérations ? Si oui lesquelles et quand ?			
Remarques :			
<p>Par ma signature, je confirme consentir au traitement de mes données, à l'accès à celles-ci par la ou le physiothérapeute ainsi qu'à leur transmission à des tiers conformément à l'information destinée à la patientèle figurant à la page suivante (imprimée, plastifiée et mise à disposition dans la salle d'attente).</p> <p>Je suis conscient-e des risques potentiels liés à l'échange de données personnelles sensibles (consultation possible par des tiers non autorisés en cas d'utilisation d'outils de communication peu sûrs) ainsi que de mes droits. Je consens à un contact mutuel entre ma ou mon physio et moi-même en tant que patiente ou patient au moyen des indications de contact figurant ci-dessus. Le cabinet transmet les informations concernant les patients exclusivement par des voies de communication sécurisées. Je suis d'accord pour que les questions administratives, telles que les reports de rendez-vous, transitent via des courriers électroniques non chiffrés (d'une adresse @hin vers une adresse de destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com etc.).</p>			
<p>En cas d'absence ou d'empêchement annulés moins 24heures à l'avance, le tarif de la séance vous sera facturé (min 50.-) personnellement. Les rappels de paiement sont majorés de 10.- pour le premier et de 20.- supplémentaires pour les suivants.</p> <p>Merci de votre compréhension</p> <p>Par facilité une copie de la facture vous sera envoyée par email ou par courrier.</p>			
J'ai lu (recto-verso) et j'approuve le _____ et signature :			

Changement de prix 2025

- 60 min de traitement 130.-, ils restent à 120.- s'ils sont payés directement.
- 90 min de traitement 190.-

La physiothérapie est facturée au tarif LaMal et la facture envoyée à votre assurance maladie directement.

Les traitements complémentaires se paient comptant.

Les changements d'horaire peuvent se faire par email : physiomassagesante@gmail.com ou par whatsapp.

Les questions personnelles se font par courriel à la même adresse.

Les conseils de santé seront pris en charge seulement pendant la consultation.

Je m'efforce de répondre dans les 12h seulement en semaine du lundi 7h au vendredi 18h.

Tarif Änderung

- Eine Behandlung von 60 min rechne ich mit Fr. 130.- ab. Bei sofortiger Barzahlung Fr. 120.-.
- Eine Behandlung von 90 Min kostet Fr. 190.-.

Die Physiotherapie wird von der LaMal Tarif abgerechnet und die Rechnung ist direkt Ihrer Krankenkasse einzusenden.

Die Komplementäre Behandlung werden sofort einkassiert.

Termin Änderung können per email physiomassagesante@gmail.com oder whatsapp gemacht werden.

Die persönlichen Fragen können per email geschickt werden.

Gesundheitsberatungen werden während der Behandlung besprochen.

Ich bemühe mich eine antworte innerhalb 12 Std nur vom Montag 7h bis Freitag 18h.