



AMT0007 * Feuille d'admission ou de pré-admission

Demande d'avis en absence du patient selon les informations transmises

Un dossier CHUV sera ouvert - la prestation sera facturée à l'assurance du patient

Médecin CHUV à qui est destinée la demande : **Stéphanie Christen-Zäch**

Adresse e-mail : der-ped@chuv.ch

Données administratives du patient :

Nom du patient

Etiquette admission

Prénom du patient

F M

à apposer par ADM9-CHUV

Date de naissance

Lieu de naissance

Nationalité

(+lieu d'origine si CH)

Adresse du patient

Mère, nom et prénom

+ adresse si différente du patient

Père, nom et prénom

+ adresse si différente du patient

Les parents sont

mariés pacsés séparés divorcés vivent ensemble

Répondant(s) légal (légaux)

Téléphone

Fixe : +41

Portable : +41

ASSURANCE MALADIE DU

PATIENT :

Nom de l'assurance

Numéro d'assuré/é

Copie recto/verso de la carte d'assurance annexée : obligatoire

Le médecin demandeur confirme qu'il a pu contrôler l'identité du/de la patient/e et qu'il l'a informé/e de la transmission de son dossier au CHUV, qui facturera sa prestation

Lieu :

Date : le

Médecin demandeur : Nom, Prénom, Lieu du cabinet / Hôpital

Dr