



Formulaire d'inscription pour les nouveaux/nouvelles patient(e)s

(à remplir en lettres majuscules)

Nom: _____ **Prénom:** _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

Profession/titre: _____

Tél. privé: _____ **Tél. mobile:** _____

E-mail: _____

Les informations importantes, comme les comptes rendus médicaux, vous seront par principe transmises par voie postale. Si vous en faites la demande expresse, nous pouvons vous les faire parvenir par e-mail. Nous vous informons toutefois que le contenu de ces e-mails est transmis de manière non cryptée; aussi, il nous est impossible de vous garantir qu'aucun tiers n'accédera ces informations. De manière générale, les e-mails peuvent être lus par les fournisseurs d'adresse e-mail et par d'autres personnes.

- J'ai lu les indications relatives à la protection des données et souhaite tout de même recevoir mes résultats par e-mail.

Médecin de famille (nom et adresse du cabinet): _____

Ophtalmologue précédent(e) ou personnel(le) (nom et adresse du cabinet): _____

Pour les enfants: Nom/prénom de la mère, du père ou du tuteur légal: _____

- Adresse similaire à celle indiquée ci-dessus (sinon préciser ci-après)

autres informations: proches, accompagnants, assistance, adresse de facturation spéciale: _____

Nom de l'assurance-maladie/de l'agence: _____

- Facturation à la caisse-maladie Copie de la facture pour le patient
 Facturation au patient

J'autorise les médecins du centre ophtalmologique à demander des dossiers médicaux à d'autres médecins ou institutions sous direction médicale lorsque ceux-ci pourraient avoir un lien avec ma maladie, et ce afin d'éviter toute itération inutile d'examen et ainsi réduire les coûts.

Dans mon intérêt, j'autorise aussi la transmission des résultats d'examens et de traitement à des médecins traitants assurant le suivi ou prescripteurs.

C'est l'administration du Spital Zollikerberg, en possession de mes données, qui se chargera de la facturation.

Lieu, date: _____ **Signature:** _____