**Formulaire de demande d’admission en tant que nouveau/elle patient/e**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ancien médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom assurance maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Num AVS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antécédents médicaux importants :

Traitement habituel :

**Demande** (à cocher) :

* Suivi médecine générale (actuellement il n’y pas de place disponible)
* Suivi psychologique
* Suivi médecine complémentaire
* Autre :

**Attention : Remplir cette fiche n’assure pas l’obtention d’un rendez-vous. Nous faisons de notre mieux pour vous accueillir selon nos possibilités.**

**Les informations contenues dans ce formulaire restent confidentielles.**

Date + Signature :

Formulaire à renvoyer par mail à **ultreia@svmed.ch**