

AFFECTATION pour un traitement/examen ambulatoire

Épilepsie

Secrétariat de la polyclinique: Tel. 032 338 44 50* / Fax 032 338 40 10* / poliklinik@rehaklinik-tschugg.ch

Nom/Prénom _____ No AVS _____
Adresse _____ DOB _____
NPA/localité _____ Tél. _____
E-Mail _____

Langue D F I autres _____

Caisse maladie/assurance _____ Maladie Accident

Diagnostic principal _____

Diagnostics secondaires importants

Questionnement

Remarques

Médecin référent

Nom/Prénom _____ Institution _____
Adresse _____ NPA/localité _____
Tél. _____ Fax _____
E-mail _____

Personne de contact (si médecin non référent)

Nom/Prénom _____ Tél. _____