

Rapport confidentiel

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel. Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

Il n'est pas nécessaire de convoquer le patient.

Client

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	NPA / Lieu	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Numéro de client	<input type="text"/>	No de proposition	<input type="text"/>

Données vitales et tabagisme

Taille: cm poids: kg date:

Pression artérielle: mmHg systolique / mmHg diastolique date:

Tabagisme: Non Oui Si oui, quoi? Nombre/jour? E-cigarette: Non Oui

Ancien fumeur: Non Oui depuis quand?

1. Diagnostic(s) avec date(s) et symptôme(s)

2. Nature du/des traitement (s) et/ou nom(s) du/des médicament(s) (veuillez préciser la date, la durée et la cause)

3. Complication(s) ou séquelle(s) non oui

4. Incapacité(s) de travail(s)

De	A	Degré (%)	Cause
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Date de la dernière consultation

Raison:

Résultat:

6. Tous les diagnostics sont-ils connus de la personne à assurer?

non oui

7. Y-a-t-il à votre connaissance d'autres maladies, accidents ou éléments de risque traités par vous-même ou par d'autres médecins?

(Il n'est pas nécessaire de mentionner ; amygdales, appendicite, grippe, refroidissements, oreillons, rougeole, rubéole, varicelle, contraceptifs, accouchement et contrôles gynécologiques dont les résultats étaient normaux)

non oui

Lesquels ? Date ? Durée ? Nom et adresse du médecin si autre que vous?

Nature du/des traitement (s) et/ou nom(s) du/des médicament(s)

8. Autres observations

non oui

Remarques

Prière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.

9. Facturation

non oui

Il est également possible d'envoyer une facture sur papier à **"La Mobilière Suisse Société d'assurances sur la vie SA, Case postale, 1260 Nyon"**, conformément au formulaire standard.

- Honoraires Rapport médical court: CHF 60.-
 Rapport médical détaillé: CHF 80.-
 Rapport médical complexe: CHF 140.-
 Autre montant: CHF

Détails bancaires/IBAN

Veillez noter que QR-IBAN ne peut pas être utilisé!

Note de paiement

Médecin /
Thérapeute

Tél.: Fax:

eMail:

Date:

Transmission électronique

Avec le bouton «**Envoyer**» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.