

FORMULAIRE : NOUVEAU PATIENT

À remplir + à renvoyer avant le 1^{er} rendez-vous

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de tél. :

Adresse : NPA + localité :

CAISSE MALADIE

Caisse maladie : N° AVS : 756.

N° de carte LAMAL : 807

INFORMATIONS MÉDICALES

Historique / Passé médical personnel :

.....

.....

.....

Historique / Passé médical familial (père, mère, frère et sœur) :

.....

Addiction(s) : ☐ Nicotine ☐ Drogues ☐ Alcool ☐ Autre

Allergie(s) :

Intolérance(s) :

Médicament(s) :

.....

Profession :

Enfant(s) : ☐ Oui ☐ Non Âge (s) :

ANCIEN DOSSIER MÉDICAL

Médecin(s) traitant(s) consulté(s) :

.....

Spécialiste(s) consulté(s) :

.....

.....

Problème(s) actuel(s) :

.....

.....

Diagnostiques connus :

.....

.....

****Ce formulaire est examiné avec vous lors du 1^{er} rendez-vous afin de discuter
des modalités de votre prise en charge****