



CABINET MÉDICAL DU CHÊNE

D^r François Chautems • D^r Emilie Fasel • D^r Florence Joye • D^r Olivier Pasche • D^r Elodie Saillen

DONNEES ADMINISTRATIVES

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Représentant légal (si justifié) :

Etat civil : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve)

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Adresse complète :

Mobile : Téléphone :

Téléphone prof. :

Email :

Profession :

Pharmacie habituelle :

Assurance maladie :

N° d'assuré(e) :

N° AVS :

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom :

 Prénom :

 Adresse complète :

 Téléphone :

DONNEES MEDICALES

Médecin de famille choisi :

Médecins spécialistes :

Maladies familiales :

Habitudes : Fumée : oui non
 Alcool : jamais occasionnellement souvent

Allergies : animaux : pollens :
 aliments : médicaments :

Médication actuelle :

Lunettes ou verres de contact : oui non

Rente AI : oui non

Rente API (allocation pour impotent) : si oui, laquelle : non autres :

Aide à domicile : si oui, laquelle (CMS, privée, autre) : non
 Infirmière indépendante : autres :

Directives anticipées : oui (merci de bien vouloir nous fournir une copie du document) non

Remarques particulières :