

Données personnelles



Client

Tél.: _____ / _____ Portable : _____ / _____

Fax : _____ / _____ Tél. prof. : _____ / _____

Madame Monsieur Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

No / Adresse : _____ / _____

NPA / Lieu : CH- _____ / _____

e-mail : _____ @ _____ . _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Pédiatrie => Age : _____ mois/ans Poids : _____ Kg

Assurances

Assurance de base :

No AVS :

No id de la carte *:

Ass.complémentaire :

No id de la carte *:

No d'assuré :

*Le numéro d'identification de la carte est un numéro a 20 chiffres figurant sur la face ou au dos des cartes d'assurance.

Les préparations originales prescrites peuvent-elles être remplacées par les génériques sélectionnés par nos soins ?

Oui Non

Le sousigné autorise la Pharmacie Centrale à ouvrir un dossier afin d'archiver les informations relatives aux prescriptions dans la plus stricte confidentialité pour garantir un meilleur suivi et une sécurité accrue de ses traitements.

Date _____ Signature _____

Veillez joindre votre ordonnance originale à votre courrier, une ordonnance est nécessaire également pour les médicaments habituellement remis sans ordonnances !