

MERCI DE REMPLIR LISIBLEMENT EN CARACTÈRES MAJUSCULES

NOM (Family Name)

PRÉNOM (First Name)

DATE DE NAISSANCE (Birth Date)

ETAT CIVIL (Married/Single)

SI MINEURE, prénom du répondant
(<18 years old, name of legal representative)

PRÉNOM / NOM DU CONJOINT
(First name and name of partner)

NATIONALITÉ (Nationality)

RUE (Street)

C/O

N° POSTAL ET LIEU (Post code - City)

TÉLÉPHONE privé

professionnel

portable

E-MAIL

PROFESSION

NOM DE L'EMPLOYEUR

Lieu

ASSURANCE DE BASE (Health insurance)

N° assuré (Number)

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE (Complementary insurance)

N° assuré (Number)

ADRESSÉ PAR

MÉDECIN TRAITANT

Je donne l'autorisation de consulter en ligne, sur la base de la carte d'assuré, les données nécessaires à la facturation et de les transmettre tant à l'institution qui établit la facture qu'à celle chargée d'un éventuel encaissement ou à l'avocat qui traite cette affaire ainsi qu'aux instances de l'Etat. En outre, je consens expressément par la présente que le médecin ou une personne, mandatée pour lui, effectue des demandes concernant ma solvabilité avec les données nécessaires.

Mon médecin est en droit de demander des dossiers médicaux me concernant pour consultation et communiquer des résultats médicaux au médecin traitant ultérieur.

Par sa signature le patient déclare que les indications susmentionnées sont conformes à la vérité et qu'il a pris acte que le médecin envoie ses factures sous forme électronique via le support MediPort.

Pour tout litige médical ou chirurgical, le for juridique est à Genève.

Par ma signature, j'autorise également Medixy SA, au cas où je n'honorerais pas mes factures, à procéder à leur recouvrement par toute voie de fait.

Date: _____

Signature: _____