

## Fiche personnelle & déclaration de consentement (PID: \_\_\_\_\_ )

<b>Civilité / Titre</b>		<b>Représentant(e) légal(e)</b> <i>Nom, prénom, tél.</i>	
<b>Nom / Prénom *</b>		<b>Médecin de famille</b> <i>Nom, prénom, localité</i>	
<b>Date de naissance *</b>		<b>Médecin référent</b> <i>Nom, prénom, localité</i>	
<b>Rue / N° *</b>		<b>Contact en cas d'urgence</b> <i>Nom, prénom, tél.</i>	
<b>NPA / Localité *</b>		<b>Caisse-maladie</b>	
<b>Téléphone privé</b>		<b>Assurance complémentaire</b>	
<b>Téléphone portable</b>		<b>Assurance accidents</b>	
<b>E-mail<sup>1)</sup></b>		<b>Catégorie d'assurance</b> <i>Pour soins stationnaires</i>	<input type="checkbox"/> Privée ( <i>à inscrire à la main</i> ) <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Générale

\* Champs obligatoires

<sup>1)</sup> Je déclare par la présente accepter de recevoir des correspondances par e-mail.

Les données nécessaires à la facturation peuvent être transmises à la caisse d'assurance accidents ou maladie. En cas de recouvrement, les données de la facture peuvent être adressées à l'institution mandatée pour ce faire ainsi qu'aux autorités compétentes.

Pour des raisons liées à la qualité, nos médecins peuvent prescrire des préparations originales qui sont facturées potentiellement par votre caisse-maladie suisse avec une franchise de 20% au lieu de 10%.

J'autorise le Vista Holding AG y compris les cliniques et cabinets ophtalmologiques Vista affiliés\* et le cabinet d'ophtalmologie Fleischlin AG à enregistrer et à traiter mes données médicales et à caractère personnel dès lors que ceci est nécessaire et sert à éviter des examens et des coûts inutiles. J'accepte que les résultats des examens ou traitements soient communiqués au médecin référent ou au médecin de famille. Les tribunaux sur le lieu du siège de l'établissement médical ont compétence. Seul le droit suisse est applicable.

Lieu, date

Signature

\_\_\_\_\_

Vista Klinik Holding AG\*

\_\_\_\_\_

www.vista.ch