

ADMISSION AMBULATOIRE A1



AMT0007 * Feuille d'admission ou de pré-admission

Nom : _____ Masculin Féminin

Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ (Jour/Mois/Année)

Etat civil : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)
Partenariat enregistré Partenariat enregistré dissout

Confession : _____

Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Lieu d'origine (si suisse) : _____

Pièce d'identité : _____

Adresse (Rue, N°) : _____

N° postal, Localité : _____

N° de téléphone : _____

Domicile secondaire : _____

Profession : _____

Coordonnées de l'employeur : _____

Répondant légal (mineur, tutelle, etc.) : _____

Contact d'urgence (nom, n°, lien) : _____

Type de cas : maladie accident A.I.

Assurance maladie/accident : _____

Date de l'accident : _____

Médecin demandeur/envoyeur : _____

Joindre copie de la carte d'assurance maladie

Attestation / Garantie / Dépôt : Reçu Attendu

Dépôt demandé (montant) : _____

N° EVAM : _____ Contrôle EVAM : carte valide absence carte critère urgence

Date de contrôle EVAM : _____

Catégorie de population : 10/UPV-SP 30/UPV-NEM-SP 40/EVAM 50/UPV-Autres _____

Assurance cas particuliers : _____

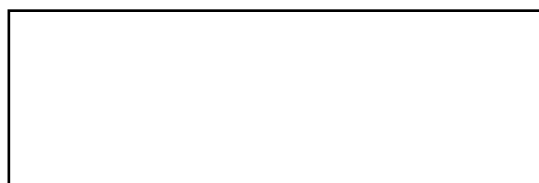
Remarque : _____

Date : _____ Heure : _____ UF : _____	En cas de panne No. de séjour EtiqPann
---------------------------------------	---

Par sa signature, le collaborateur CHUV/le Médecin demandeur/envoyeur confirme qu'il a pu contrôler l'identité de la/du patient(e) et qu'il a informé la/le patient(e) que son dossier est transmis au CHUV :

Nom, prénom : _____

Tampon et signature :



Etiquette admission
à apposer par ADM9-CHUV