

## Formulaire d'inscription à l'imagerie médicale

<b>Données personnelles</b>	Nom:	Rue:
	Prénom:	Code postal, Ville:
	Geburtsdatum:	Téléphone:
	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> autre	
	Centre de coût: <input type="checkbox"/> Assurance maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Auto-payeur	
Assurance:	No d'assurance:	
<b>Informations spécifiques à la demande</b>	Examen médical à expertiser <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Infiltration	
	Partie du corps:	
	Informations cliniques, questions:	
	Allergies:	Taux de créatinine:
	Implants: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
	Stimulateur cardiaque: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Grossesse: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> Contacter le patient pour une consultation	<input type="checkbox"/> Le Patient a déjà un rendez-vous pour une consultation le:
<b>Référent</b>	<input type="checkbox"/> Conclusion rapide	
	Médical: <input type="checkbox"/> Portail <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Courrier	
	Documentation sur l'image: <input type="checkbox"/> Portail <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> aucun	
	Copie du rapport medical à envoyer à:	
	Medecin:	
	Nom / Prénom:	
Téléphone / portable:		
Adresse email:	Date:	