

Patient:		Date de naiss.:	
Adresse: NPA / Localité: Téléphone / E-mail:		Sexe: N° AS / N° AVS: Etat civil:	
Créé, modifié:			

Déclaration de consentement

Le patient a donné son accord pendant le traitement.

Informations sur le sinistre

Date/N° de sinistre:		
Traitement:		
Perception:		

Diagnostic

Type	Code	Désignation

Remarques

Employeur :	N° client:
Service: Adresse: NPA / Localité:	
Médecin compétent:	N° EAN:
Adresse: NPA / Localité: Tél.: Fax: E-mail: Adresse Internet:	
Assureur:	N° EAN:
Adresse: NPA / Localité:	