



Formulaire d'inscription

Vos informations personnelles :

Nom _____

E-mail _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Etat civil/enfants _____

NPA/localité _____

Téléphone _____

Profession et situation professionnelle (charge de travail/chômage/maladie, etc.) :

Raison de l'inscription :

Organisme payeur :

Assurance personnelle Caisse maladie (nom et n° AVS)

Autres (par ex. AI, AA)

J'ai déjà suivi un traitement psychothérapeutique/psychiatrique :

oui non

Si oui, quand et nom du praticien :

Médecin référent (nom et adresse) :

Médecin de famille (nom et adresse) :

Personne de contact en cas d'urgence, y compris numéro de téléphone :

Par votre signature, vous libérez le ZFPP – Centre de psychiatrie et de psychothérapie l'obligation de garder le secret vis-à-vis de la personne de contact en cas d'urgence mentionnée ainsi que vis-à-vis des cabinets médicaux susmentionnés.

Par votre signature, vous confirmez l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

Lieu, date : _____

Signature : _____