



Klinik Arlesheim

Inscription pour séjour stationnaire

Nous vous prions de remplir ce formulaire de manière complète. Merci.

| _____ | _____ | _____
Nom(s) Nom(s) de célibataire Prénom(s)

| _____ | _____ | _____
Adresse Code postal/Ville Date de naissance

| _____ | _____ | _____
Téléphone Téléphone portable E-Mail

F M | _____ | _____ | _____ | _____
Etat civil Religion Nationalité Profession

| _____
A avertir en cas d'urgence (représentant légal) nom, domicile, tél.

| _____
Médecin de famille (nom, adresse, tél.)

| _____
Médecin qui vous a adressé(e) à la Klinik Arlesheim (nom, adresse, tél.)

| _____
Relation bancaire (Compte, IBAN, BIC/Swift)

Catégorie de chambre souhaitée

chambre à 2 lits chambre privée

Comment avez-vous connu la Klinik Arlesheim?

Famille/Amis Médecin Internet Annonce Autre

Date d'admission souhaitée _____

J'ai pris connaissance des conditions d'admission de la Klinik Arlesheim. Je suis d'accord, si une garantie E112/S 2 n'est pas délivrée, de prendre en charge le coût prospectif pour la totalité du séjour par un paiement à l'avance.

Date _____ Signature _____