



## Formulaire données patient VPC

Afin de vous permettre de vous conseiller de manière optimale en matière de thérapie médicamenteuse et d'identifier les problèmes relatifs aux médicaments et à la santé, nous vous prions de nous fournir des données complémentaires sur votre état de santé et votre médication. Ces données sont confidentielles et seront exploitées uniquement par l'officine et dans le cadre de l'information relative à l'enregistrement de données qui concernent les médicaments de votre achat par correspondance.

<b>Coordonnées</b>	
Nom, Prénom :	
Rue:	Numéro:
Localité :	NPA:
Tél.	Tél. mobile:
Email:	

<b>Informations vous concernant</b>		
Sexe: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	Poids (kg):	Taille (cm):
Date de naissance:		
Assurance maladie base:		
No de carte d'assurance*:		
Assurance maladie complémentaire:		
No de carte d'assurance*:		

\*20 chiffres sur la carte, commençant par 807...

Assurance internationale/étrangère:
-------------------------------------

<b>Maladies</b>		
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Asthme bronchique	<input type="checkbox"/> Maladies rénales
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> Allergies, lesquelles ?
<input type="checkbox"/> Problème de coagulation sanguine	<input type="checkbox"/> Maladie du foie	
<input type="checkbox"/> Autres maladies, lesquelles ?		

<b>A l'attention des femmes, concernant une éventuelle grossesse ou allaitement</b>	
<input type="checkbox"/> Je suis enceinte	<input type="checkbox"/> J'allaiter

**Quels médicaments prenez-vous régulièrement (nom, dosage, posologie)?**


Nous vous aidons volontiers à établir la liste des médicaments que vous prenez. Si nous avons des questions ou des précisions à vous demander, nous vous téléphonerons.  Oui, veuillez m'appeler.

**J'accepte que le médicament original soit remplacé par un générique meilleur marché:**

oui       non       uniquement avec mon accord formel

**J'accepte que mon médecin transmette directement l'ordonnance médicale à l'officine autorisée à pratiquer la vente par correspondance de médicaments:**

oui       non       uniquement avec mon accord formel

**Date:**

**Lieu:**

**Signature (du représentant légal le cas échéant):**