Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Transfert temporaire dans un autre centre HeGeBe

pour Patient

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Centre de traitement initial du patient

Nom :

Adresse :

Médecin responsable :

Téléphone :

E-Mail :

Adresse de facturation :

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Centre pour le traitement provisoire

Nom :

Adresse :

Médecin responsable :

Téléphone :

E-Mail :

Selon entretien téléphone ou courrier, la personne susmentionnée prendra son traitement dans votre centre du au

Posologie et forme galénique	matin	midi	soir
date			
date			
date			

Autres OAT :

Médicaments :

Autres remarques :

l'expéditeur

Date

timbre et signature

Copie au:
- médecin cantonal correspondant