

# Informations personnelles

Afin de vous consacrer plus de temps, merci de remplir ce questionnaire et de me le transmettre à [hello@neomenia.ch](mailto:hello@neomenia.ch) avant notre rdv.

DATE

 /  / 

## COORDONNÉES

Nom et prénom

Adresse

NPA/Lieu

Date de naissance

 /  / 

Nationalité

Email

Etat civil

Téléphone

## ASSURANCE MALADIE

Médecin généraliste

Spécialiste

CM complémentaire

No assuré.e

No AVS

## SITUATION

Etat civil

Enfants, si oui âge

Métier ou études (%)

Loisirs/activités

Comment m'avez-vous connue?

Internet  conseil d'un ami

médecin  autre: \_\_\_\_\_

## MOTIF DE LA CONSULTATION

---

## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS Maladies, accidents, opérations

---

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX Maladies

---

## MÉDICAMENTS Prescription médicale & automédication

---

---

Signature