|  |
| --- |
| Cabinet de  Laurence Dispaux , Centre de sexologie et couple de la Côte |

Si vous entamez une thérapie de couple, merci de remplir une fiche par personne.

|  |
| --- |
| Nom: Prénom: |
| Date de naissance: |
| Etat civil: |
| Adresse: |
| Tél.:  E-mail: |
| Profession: |
| Médecin de famille (ou médecin prescripteur) : |
| Numéro d’AVS (obligatoire si vous souhaitez un remboursement) : |
| Assurance si vous souhaitez un remboursement (complémentaire ou de base) :  No d’assuré-e :  Signature pour donner votre accord pour que l’assurance reçoive une copie électronique:  *Il vous incombe de vous renseigner avant la première séance et de faire remplir la feuille de prescription si vous passez par l’assurance de base. Chaque séance sera réglée comptant (ou virement bancaire avant la séance pour les séances en ligne) et vous pourrez ensuite vous faire rembourser (exceptions : Helsana, Sanitas et KPT qui sont en tiers payant).* |

ATTENTION: Un rendez-vous qui n’est pas annulé 48 heures à l’avance sera facturé. *Please note the two working days’ cancellation policy.*