

Hôpital de jour / Tagesklinik

HFR Fribourg – Hôpital cantonal
Case postale | 1708 Fribourg
Tél : 026 306 20 30
Mail : sam-hopitaldejour-fri@h-fr.ch

HFR Riaz
Case postale 70 | 1632 Riaz
Tél : 026 306 49 02
Mail : hopitaldejour.riaz@h-fr.ch

HFR Meyriez – Murten
Chemin du Village 24 | 3280 Meyriez
Tél : 026 306 73 60
Mail : Tagesklinik.Meyriez@h-fr.ch

HFR Tafers
Maggenberg 1 | 1712 Tafers
T 026 306 63 10
Mail : sekretariat.medizintafers@h-fr.ch

Identité du patient/Identität des Patienten	
Nom Prénom Name-Vorname	
Adresse complète Vollständige Adresse	
Date de naissance Geburtsdatum	
Téléphone Telefon	

**Demande de thérapie ambulatoire
Therapieanfrage Ambulatorium**

Diagnostic / Diagnostik: _____ Lettre annexée / Beilage erwähnt: non /nein oui / ja

--

Antécédents/Vorerkrankungen :

--

Allergie : non /nein oui / ja Description / Beschreibung : _____

Thérapie à administrer / zu verabreichende Therapie:

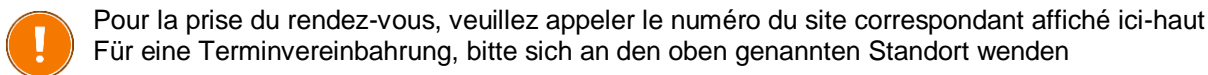
Nom médicament(s) Medikamentenname	Dosage Dosierung	Voie d'administration Verabreichungsart	Durée d'administration Verabreichungsdauer

Prémédication/Prämedikation: non/nein oui/ja

Si oui, laquelle / wenn ja, welche _____

Remarques, particularités / Bemerkungen, Besonderheiten : :

--



Sceau et signature
Stempel und Unterschrift

Date
Datum _____

Tél. en cas d'urgence / im Notfall telefonisch zu erreichen unter : _____

Le formulaire doit être rempli entièrement pour qu'une thérapie ambulatoire puisse être envisagée
Nur bei vollständig ausgefülltem Formular kann Ihre Anfrage ausgeführt werden.