hôpital fribourgeois
freiburger spital
**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 I 1712 Tafers
T 026 306 63 10
Mail : sekretariat.medizintafers@h-fr.ch

| **Identité du patient/Identität des Patienten** | |
|---|---|
| Nom Prénom<br>Name-Vorname | |
| Adresse complète<br>Vollständige Adresse | |
| Date de naissance<br>Geburtsdatum | |
| Téléphone<br>Téléphone | |

# 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<br>Medikamentenname | Dosage<br>Dosierung | Voie d'administration<br>Verabreichungsart | Durée d'administration<br>Verabreichungsdauer |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

Prémédication/Prämedikation: non/nein ☐ oui/ja ☐

Si oui, laquelle / wenn ja, welche _____

Remarques, particularités / Bemerkungen, Besonderheiten : :

Pour la prise du rendez-vous, veuillez appeler le numéro du site correspondant affiché ici-haut
Für eine Terminvereinbahrung, bitte sich an den oben genannten Standort wenden

Sceau et signature
Stempel und Unterschrift

DPi00559

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.