

➔ À remplir par le résident ou sa famille et à remettre au moment de la signature du contrat de séjour

► **COORDONNÉES DU RÉSIDENT :**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

► **COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :**

► **COORDONNÉES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN CHARGE DU RÉSIDENT AVANT SA PRISE EN CHARGE EN EHPAD :**

Infirmier libéral 1 : **Infirmier libéral 2 :**

Masseur kiné : **Orthophoniste :**

Autres :

► **ÉQUIPEMENT DU DOMICILE DU RÉSIDENT AVANT LA PRISE EN CHARGE EN EHPAD :**

Lit médicalisé en location : **Fauteuil roulant en location :**

Coordonnées du Fournisseur : Coordonnées du Fournisseur :

Date de résiliation : Date de résiliation :

Oxygénothérapie : **Autres (préciser) :**

Coordonnées du Fournisseur : Coordonnées du Fournisseur :

Date de résiliation : Date de résiliation :

Fait à Le

Nom : Prénom :

Qualité (résident, famille, tuteur...) :
Signature