

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

Nom du médecin traitant :

Nom de votre infirmier(ère) :

SERVICE A DOMICILE : oui non

Vous bénéficiez de :

- Aide à domicile : oui non Fréquence hebdomadaire :

Contact :

- Soins infirmiers à domicile : oui non Fréquence hebdomadaire :

Contact :

- Repas à domicile : oui non Fréquence hebdomadaire :

Contact :

- Télé sécurité : oui non

Contact :

N'hésitez pas à nous communiquer toutes informations importantes :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à Lasbordes, le/...../.....

Signature