L'Assurance Maladie
BOUCHES-DU-RHÔNE

Fiche de liaison ville/EHPAD

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

Réf. : 86 12 004 - août 2016.