

FICHE DE LIAISON - VILLE - HÔPITAL

Je soussigné (e), M. / Melle / Mme
assure avoir librement choisi * les intervenants de ma prise en charge médicale et souhaite que mes vœux soient respectés tout au long de mon parcours de soins.

Le à Signature

* Article L 1110-8 du code de la santé publique : le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.

COORDONNÉES DU PATIENT

Nom usuel : Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
N° de sécurité sociale :
Adresse :
.....
.....
n° de tél. fixe :
n° de tél. portable :
Mail :

Personne à contacter :

Nom :
Prénom :
n° de tél. :

PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE VILLE

Médecin Traitant : Tél : Courriel : Fax :	Pharmacie : Tél : Courriel : Fax :
Infirmier Libéral : Tél : Courriel : Fax :	Masseur Kinésithérapeute : Tél : Courriel : Fax :
Chirurgien-dentiste : Tél : Courriel : Fax :	Orthophoniste : Tél : Courriel : Fax :
Podologue : Tél : Courriel : Fax :	Sage-femme : Tél : Courriel : Fax :
Orthoptiste : Tél : Courriel : Fax :	Laboratoire de biologie médicale : Tél : Courriel : Fax :
	Autres :

ACCOMPAGNANTS

Assistante sociale / vie sociale :
.....
Tél :
Courriel :

Auxiliaire de vie :
.....
Tél :
Courriel :

Transporteur :
.....
Tél :
Courriel :

Livraison des repas :
.....
Tél :
Courriel :

Voisin proche :
.....
Tél :

Téléalarme : oui non

Autres :