



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom du résident(e) :.....

Adresse du résident(e) :.....

Date de naissance :.....

Date d'entrée dans l'établissement :.....

N° de chambre :.....

Classement GIR à l'entrée :.....N°APA :.....

### **Nom et Coordonnées du référent (décisions administratives et financières):**

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

Code postal :.....

Ville :.....

Téléphone domicile : .....

Téléphone travail : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail :.....

### **Nom et Coordonnées de la personne de confiance (décisions médicales):**

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

Code postal :.....

Ville :.....

Téléphone domicile : .....

Téléphone travail : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail :.....

## **Résidence Rochebelle**

17, rue des châtaigniers - 30100 ALES

TEL : 04.66.34.76.00 - FAX : 04.66.34.76.76 - E-mail : contact@samdo.fr

Code A.P.E: 8730 A Siret: 398 763 649 00033





**Nom et Coordonnées du tiers payeur (personne à qui l'établissement adresse la facture):**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone travail : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

**Choix de l'Hôpital (ou de la clinique) dans le cas où cela serait nécessaire :**

.....

**Votre Médecin traitant :**

.....

**Les médecins spécialistes qui suivent votre état de santé :**

.....

.....

**Votre choix éventuel de compagnie d'ambulance pour les transports:**

.....

.....

**Votre choix éventuel de pharmacie :**

.....

.....

**Votre choix éventuel de Kinésithérapeute**

.....

.....

**Vos éventuelles instructions en cas de décès :**

.....

.....

**Résidence Rochebelle**

17, rue des châtaigniers - 30100 ALES

TEL : 04.66.34.76.00 - FAX : 04.66.34.76.76 - E-mail : contact@samdo.fr

Code A.P.E: 8730 A Siret: 398 763 649 00033

