



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

