



CRF Salies-de-Béarn

3 Boulevard Saint Guily
64270 SALIES-DE-BEARN

Tél : 06.22.64.48.06

Fax : 05.59.38.75.28

emrah.crf.salies@lerss.fr

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE DE READAPTATION POUR LES ADULTES HANDICAPES DU CRF DE SALIES-DE-BEARN

A compléter et à adresser par courrier, fax ou mail, après accord de la personne. A réception, un membre de l'équipe prendra contact directement avec la personne concernée.

Date de la demande:

Renseignements administratifs :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Sexe : F M

Date de naissance :

Situation familiale : Célibataire Concubin(e) Pacsé(e) Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Enfants Nombre :

Adresse complète :

Téléphone Domicile : Portable :

Email :

Personne à contacter pour la prise de RDV :

Nom et Prénom : Lien de parenté :

Téléphone :

Protection juridique : Tutelle Curatelle

Coordonnées :

Médecin Traitant : Nom : ou tampon

Adresse :

Téléphone :

Avant toute demande, le médecin traitant doit être informé

Couverture Sociale :

Si assuré différent du patient, Nom et Prénom :

Nom de l'organisme :

Adresse :

N° Immatriculation :

Renseignements médicaux :

Demandeur:

Nom :

Fonction :

Structure :

Adresse :

Téléphone / Email :

Problématique justifiant la demande :

Histoire de la maladie :

Antécédents médicaux, chirurgicaux et traitement :

Intervenant(s) à domicile: Oui Non

Infirmier(e) - Nom, Prénom, Coordonnées :

Kinésithérapeute - Nom, Prénom, Coordonnées :

Service d'aide à la personne - Nom, Prénom, Coordonnées :

Autre :

Revendeur de matériel médical :

Nom :

Adresse :

Téléphone / Email :