

Mes informations

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

N° téléphone :

Adresse :

.....

N° sécurité sociale :

N° mutuelle :

Personne à contacter

Nom Prénom :

N° téléphone :

Lien avec moi :

Personne de confiance à contacter :

Nom Prénom :

N° téléphone :

Directives anticipées rédigées Oui Non

Si représentant légal :

Nom Prénom :

N° téléphone :

Service ou lien de parenté :



MA CARTE SANTÉ



15 (Samu)

3237 (Pharmacie de garde)

Mon médecin traitant (nom + n° téléphone)

Mon cabinet infirmier (nom + n° téléphone)

Mon pharmacien (nom + n° téléphone)

Autres professionnels (nom + n° téléphone)

Mes services à domicile (nom + n° téléphone)


Auxiliaire de vie, SAAD

Autres services à domicile (nom + n° téléphone)

Ambulanciers, matériel médical, portage de repas, téléassistance



Les informations que je souhaite communiquer

-  Allergies :
- Lunettes
- Appareillage dentaire (haut bas)
- Appareillage auditif (droite gauche)
- Pace maker
- Anticoagulant
- Traitement pour le diabète
- Mobilité (canne, ...) :
- Animal de compagnie :
- Autre :