

Demande de prestations de soins à domicile

(document à faxer à la CSI au 022 420 24 61)

Nom du client:

Prénom:

M F

Date de naissance:

Adresse:

Numéro postal:

Ville:

Tel domicile:

Tel portable:

Etage:

Code porte:

Assurance:

Numéro AVS: 756.

Vit avec:

Personne à appeler en cas d'urgence:

Nom du demandeur:

Tel:

Institution:

Unité:

Médecin traitant:

Tel:

Autres intervenants:

Prestations demandées:

Soins infirmiers:

Fréquence:

Soins de base:

Fréquence:

Début des prestations:

urgente:

dés le:

Informations sur l'état de santé du patient et la durée probable du traitement:

Date de sortie prévue (si hospitalisé):

Joindre les documents utiles (traitements médicamenteux, lettre de sortie, bilan ergo, résultats d'examens, etc...):

Visa:

Date: