

Réadaptation nutritionnelle

À renseigner par le patient

DOSSIER ADMINISTRATIF

PATIENT

Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

 Code Postal :
 Tél. :
 Mail :
 Profession :
 Situation familiale :
 Nationalité :

Position juridique :

Tutelle Curatelle Capable Majeur

Nom du référent :
 Adresse complète :
 Tél. :

ASSURÉ

L'assuré est le patient
 L'assuré n'est pas le patient
 (dans ce cas, veuillez renseigner ce qui suit)

Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

 Code Postal :
 Ville :
 Tél. :

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° de Sécurité Sociale :
 Caisse :
 Adresse :

 Code Postal :
 Ville :
 CMU : Oui Non

MUTUELLE

Nom :
 N° Adhérent :
 Adresse :

 Code Postal :
 Ville :

PIÈCES À JOINDRE

- Carte Nationale d'Identité Recto / Verso
- Carte Vitale
- Carte Mutuelle en cours de validité

DATE :

SIGNATURE :

LES PROFESSIONNELS QUI VOUS ACCOMPAGNENT

VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Il s'agit du médecin que vous avez déclaré à votre caisse d'assurance maladie

(Déclaration de choix du médecin traitant Cerfa n°12485*1).

- Aucun
- Généraliste
- Spécialiste, précisez :
- Nom du médecin :
- Adresse :
- Code Postal :
- Ville :
- Tél. :
- Mail :

VOTRE MÉDECIN ADRESSEUR

Il s'agit du médecin qui vous a adressé à notre établissement.

- Il s'agit de mon médecin traitant
- Autre (spécialité) :
- Nom du médecin :
- Adresse :
- Code Postal :
- Ville :
- Tél. :
- Mail :

VOTRE PHARMACIEN DE RÉFÉRENCE

Il s'agit de la pharmacie à laquelle vous vous adressez le plus régulièrement.

Nom de la pharmacie :

Nom du pharmacien :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. :

Mail :

VOTRE CARDIOLOGUE

- Je ne suis pas suivi(e) par un cardiologue
- Spécialité :
- Nom :
- Adresse :
- Code Postal :
- Ville :
- Tél. :
- Mail :

AUTRE PROFESSIONNEL 1

Diabétologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicienne, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients.

Spécialité :

Nom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. :

Mail :

AUTRE PROFESSIONNEL 2

Diabétologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicienne, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients.

Spécialité :

Nom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. :

Mail :