

Santé : informations à l'arrivée

Caisse d'assurance maladie :
Mutuelle : non souscrite
ALD : non oui ; motif :
Choix du lieu d'hospitalisation :

Avez-vous un suivi spécialisé particulier ? oui non

Si oui, par quel spécialiste et/ou quelles maladies ?

IDE :

- Soin spécifique :
- Fréquence souhaitée des consultations :
- Date de la dernière consultation :

Cardiologue :

- Fréquence souhaitée des consultations :
- Date de la dernière consultation :

Ophthalmologue :

- Aucune correction
- Corrections visuelles : Lunettes Lentilles
- Traitement : Collyre Oui Non
Autre Préciser :
- Après correction : Vue correcte Malvoyant
Aveugle
- Fréquence souhaitée des consultations :
- Date de la dernière consultation :

ORL et/ou Audioprothésiste :

- Ouïe : Correcte Malentendant Sourd
- Audition : Appareillage gauche Appareillage droit
 Appareillage des deux oreilles
- Fréquence souhaitée des consultations :
- Date de la dernière consultation :