

DEMANDE INITIALE D'INTERVENTION
DE L'EQUIPE DU CENTRE EXPERT PARKINSON EN EHPAD

Dans le but de répondre au plus vite à votre demande, merci de retourner ce formulaire complété soit par mail ou par fax.

Date de la demande :
Demande émanant de :

Identité du résident :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Médecin traitant :

Adresse :

N° :

Fax :

Mail :

Accord du médecin traitant :

Information sur la structure :

- Adresse :
- Numéro / Fax :
- Mail :

Cadre de santé :

- Numéro / fax :
- Mail :

Médecin coordinateur :

- Numéro / Fax
- Mail :

Personne référente à contacter si besoin :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____ N° : _____

Neurologue référent :	Autre intervenant (fonction) :	Autre intervenant (fonction) :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
N° :	N° :	N° :
Fax :	Fax :	Fax :
Mail :	Mail :	Mail :
Autre intervenant : (fonction):	Autre intervenant (fonction):	Autre intervenant (fonction):
Adresse :	Adresse :	Adresse :
N° :	N° :	N° :
Fax :	Fax :	Fax :
Mail :	Mail :	Mail :

Vos disponibilités pour une intervention :

Jours de préférence :

Matin

Après-midi

L'équipe du centre expert parkinson en EHPAD vous remercie et reste à votre disposition !