



Centre de Soins Infirmiers  
11 rue Carnot  
54200 ROYAUMEIX

Date :

Formulaire à télécharger sous WORD

Nom : ..... Prénoms : .....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code postal : | | | | | | | | | | Commune : .....

N° de téléphone : | | | | | | | | | | | | | | liste rouge :  oui  non

Portable : | | | | | | | | | | | | | |

Adresse électronique personnelle : .....@.....

N° sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Centre de paiement (Caisse de Sécurité Sociale dont dépendent vos droits) :

.....

Caisse complémentaire mutuelle : .....

**Je souhaite une intervention à domicile du service :**

Date : | | | | | | | | | | | | | |

**Horaires :**

Matin entre | | | | | | | | et | | | | | | | |

Après-midi : entre | | | | | | | | et

| | | | | | | |

**Type de soins courants :**

Prélèvements sanguins, précisez le nom de votre laboratoire : .....

Soins spécifiques précisez : .....

Nom de votre médecin traitant : .....

Soins spécifiques à préciser : .....

**Je souhaite être rappelé le :**

**Horaires :**

Date : | | | | | | | | | | | | | |

Matin entre | | | | | | | | et | | | | | | | |

Après-midi : entre | | | | | | | | et

| | | | | | | |

**Permanence téléphonique de 9h à 17h30 au 03.83.62.87.23.**

Mise en place d'une écoute régulière du répondeur en dehors de ces heures.

**\*Par mail :** l'enregistrement de votre email et de vos coordonnées nous permettront de vous confirmer votre demande, de vous contacter et de vous répondre.

Pour une question d'organisation, prévoir un délai de 36 heures avant toute demande d'intervention à domicile par email.

**En cas d'urgence nous contacter par téléphone.**

Mise en place d'une consultation régulière en dehors des heures de permanence.