

FICHE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS

A transmettre par mail sécurisé à cime-bilansante@telesantebretagne.org

Demande initiale

Date de la demande :

Type de demande Consultation d'accueil Demande de bilan de santé

Identité de la personne orientée :

Nom :

Prénom :

Genre : H

F

Date de naissance :

Nationalité :

Langues parlées :

Besoin interprétariat, si oui préciser la langue :

Date d'entrée en France :

Adresse :

N° de téléphone :

Antécédents de consultations médicales en France ? Oui Non

Composition familiale : Isolé Famille *Si famille, autres membres de la famille :*

Noms	Prénoms	DDN	Genre	CS à prévoir
			H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
			H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
			H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
			H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
			H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
			H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

Statut administratif :

Demandeur d'asile Réfugié Mineur non accompagné Union européenne Autre

Hébergement :

Oui Non Type et adresse d'hébergement :

Droits de santé :

Demande de droits en cours : Oui Non Si oui, date de demande :

Droits CPAM ouverts : AME PUMA Date de début des droits :

N° Sécurité Sociale (possibilité de joindre l'attestation de droits) :

Coordonnées du référent social (professionnel, bénévole...) :

Nom :

Prénom :

Structure :

Mail :

Téléphone :