

ADRESSEUR

EMMPR
Tél : 03 25 56 83 76
Fax : 03 25 56 83 01
emmpr@chhm.fr

Nom/Prénom :
Structure :
@ :

Fonction :
Service :
Téléphone :

PATIENT

Dr A. LUYSSAERT
Médecin

N° RPPS 10100740892

V. MORLET-MAGES
Coordonnatrice

F. BERTRAND
Assistante Sociale

R. MULARCZUK-MATHIEU
Ergothérapeute

C. STEINER
A.M.A

Accord pour contact partenaires : oui non

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Date de naissance :
Adresse :
Téléphone :

> Personne ressource et/ou de confiance :
Coordonnées :

> Personne à contacter pour donner suite à la demande :

Patient Personne ressource

> Médecin traitant :

DEMANDE

> Pathologies et problématiques associées :

DEMANDE D'INTERVENTION

*A compléter après accord
explicite du bénéficiaire ou
de son représentant légal.*

Motif : Expertise Médecin MPR pour orientation prise en charge

Elaboration d'un projet d'auto-rééducation

Adaptation matérielle (aménagement, aide technique)

Mise en place aides humaines

Conseil/information

Aide aux aidants

Aide aux démarches pour la mise en œuvre du maintien à domicile ou de l'orientation en structure

Date : / /

Tampon et signature du demandeur

Cadre réservé à l'EMMPR :

Validation : oui non

Orientation :

Date :