

DÉCLARATION DE LOCATION DE MATÉRIEL MÉDICAL À VOTRE DOMICILE

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Date d'entrée à l'EHPAD :

Adresse de votre domicile (avant l'entrée) :

N° de Sécurité Sociale :

Caisse d'Assurance Maladie :

Nous vous rappelons que la location de tout matériel médical à votre domicile doit être résiliée avant l'entrée en EHPAD.

Si vous achetez ou louez du matériel pendant le séjour de votre parent, il est nécessaire de consulter l'EHPAD au préalable.

- Vous louez du matériel médical à votre domicile, précisez lequel :

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> Potence | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique |
| <input type="checkbox"/> Matelas anti escarres et compresseurs | <input type="checkbox"/> Lève-malade | <input type="checkbox"/> Aérosol | |
| <input type="checkbox"/> Verticalisateur | <input type="checkbox"/> Aspirateur trachéal | <input type="checkbox"/> Montauban | <input type="checkbox"/> Cannes |
| <input type="checkbox"/> Béquilles | <input type="checkbox"/> Autres, précisez | | |

Auprès de quel prestataire louez-vous ce matériel ?

- Vous ne louez pas de matériel médical à votre domicile.

Fait à

Le

Nom et prénom du signataire

La Direction de l'établissement

EHPAD PUBLIC SAINT LAURENT - GORRON

DEMANDE DE RÉSILIATION D'UNE LOCATION DE MATÉRIEL MÉDICAL

Partie à compléter par la famille du Résident et à remettre
au fournisseur d'appareillage ou au pharmacien.

Je soussigné(e) Madame / Monsieur

Né(e) le/...../.....

Admis(e) le/...../..... à l'EHPAD Public Saint Laurent de Gorron

Demande la récupération par vos soins du matériel médical que vous me louez actuellement.

Ce matériel devra être récupéré à l'adresse suivante :

.....
.....
.....

Date :

Signature :

Partie à compléter par le fournisseur d'appareillage ou le pharmacien.

Je soussigné(e)

fournisseur d'appareillage / pharmacien,

m'engage à récupérer en date du/...../..... le matériel médical loué à

Madame/Monsieur

Date :

Signature :

Document dûment complété et signé à retourner à l'EHPAD.

EHPAD PUBLIC SAINT LAURENT - GORRON

Toute correspondance est à adresser impersonnellement à Madame la Directrice
EHPAD Public Saint Laurent – 12, Place de la Butte – BP 47 – Saint Laurent 53120 GORRON

☎ 02-43-08-63-12 – E-mail : direction@ehpadsaintlaurent.com

Site internet : www.ehpadsaintlaurent.com