RECUEIL D'INFORMATIONS

À REMPLIR PAR LE/LA PATIENT (E)

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... E-MAIL : .....

ADRESSE : .....

.....

Etes-vous véhiculé(e) : OUI ☐ NON ☐

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐ Marié(e)/Pacsé(e) ☐ Veuf/veuve ☐ Divorcé(e) ☐ Concubinage ☐

Nombre d'enfants : .....

Avec qui vivez-vous ? .....

LIEU DE VIE

Maison ☐ Appartement ☐ Autre ☐

Etage ☐ Plain-pied ☐ Avec ascenseur ☐ Sans ascenseur ☐

Jardin ☐ Animaux ☐

Situation de votre chambre : RDC ☐ Etage ☐

AIDES À DOMICILE : OUI ☐ NON ☐

Si OUI, précisez : .....

PROFESSION EXERCÉE : .....

Horaire de travail : .....

En activité ☐ Chômage ☐ Invalidité ☐ Retraité(e) ☐

Arrêt de travail ☐ (Si reprise, préciser la date : .....

Mi-temps thérapeutique ☐

1633 route de la ferme de Carboué
40 000 Mont-de-Marsan
Secrétariat : **05 58 05 22 07**
de 8h30 à 18h du lundi au vendredi
: 05 58 05 22 82
: maison.sport-sante@ch-mdm.fr

ACTIVITÉ PHYSIQUE : OUI ☐ NON ☐

Associative ☐

Si OUI, précisez : .....

.....

Fréquence : .....

Durée : .....

Loisirs ☐ (exemple : promenade, chasse, pétanque etc)

Si OUI, précisez : .....

.....

Fréquence : .....

Durée : .....

Domicile ☐ (exemple :ménage, jardinage, bricolage etc)

Travail ☐ (exemple : port de charges lourdes, station debout etc)

AVEZ-VOUS UNE PRISE EN CHARGE ?

☐ Kinésithérapie

Si OUI, précisez : .....

.....

☐ Psychiatre

☐ Psychologue

☐ Diététique