



## Fiche d'identification du résident appareillé

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de logement : \_\_\_\_\_

	Appareil Gauche	Appareil Droit
Type		
Numéro de série		

Patient autonome dans l'utilisation de son appareil  
auditif : OUI / NON

Contact audioprothésiste: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_