

Signature et cachet du praticien

Nom, prénom du patient

Date

## PRESCRIPTION DES SERVICES

Consultation diététique : DFG = \_\_\_\_\_ ml/min/1,73m<sup>2</sup>

- Diabète
- HTA
- Hyperkaliémie
- Hypercholestérolémie
- Hypertriglycéridémie
- Lithiases

Nature du calcul :

Facteur favorisant :

Autres :

Prêt d'un tensiomètre

Séance d'activité physique adaptée

# BULLETIN D'ADHÉSION DES PATIENTS



LES REINS SONT PRÉCIEUX,  
ENSEMBLE PRENONS-EN SOIN

# NOS SERVICES



CONSULTATION ÉDUCATIVE\*\*



CONSULTATIONS DE DIÉTÉTIQUE\*\*



SÉANCES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE\*\*



PRÊT D'UN TENSIOMÈTRE\*\*



ATELIERS DE : DIÉTÉTIQUE, PSYCHOLOGIE,  
ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE, ÉCRITURE,  
POLYPATHOLOGIES, TRAITEMENTS



S'INFORMER AVEC LE MAGAZINE RÉNIF'MAG, LE  
E-LEARNING



@renif-idf



@Renif\_idf



@renif.fr



@renif.fr

## A retenir

Nos services sont pris en charge par l'association.  
Ils ne sont pas payants pour le patient.

\*\* Sur prescription médicale



Adresse : 55 rue de Turbigo 75003 Paris



Tél : 01 48 01 93 00



Email : [contact@renif.fr](mailto:contact@renif.fr)



Site : [www.renif.fr](http://www.renif.fr)



# BULLETIN D'ADHÉSION

Madame\*     Monsieur\*    (\* mention obligatoire)

Nom\* : \_\_\_\_\_

Prénom\* : \_\_\_\_\_

Né(e) le\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal\* : \_\_\_\_\_

Ville\* : \_\_\_\_\_

Téléphone\* : \_\_\_\_\_

Portable\* : \_\_\_\_\_

Email\* : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement de santé où vous êtes suivi en néphrologie :  
\_\_\_\_\_

Nom de votre néphrologue : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir une maladie rénale et ne pas être en dialyse.  
Je souhaite adhérer à Rénif.

Je consens à l'utilisation de mes données personnelles par Rénif  
dans le cadre de mon parcours de soins.

A\* : \_\_\_\_\_    Le\* : \_\_\_\_\_

Signature du patient\* : \_\_\_\_\_