

Clinique Saint-Vincent

7, rue des Bruyères • 56260 Larmor-Plage
Tél. : 02 97 88 01 01 • Fax : 02 97 88 01 29
E-mail : admissions.larmorplage@emeis.com

**DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE SAINT-VINCENT
- PATIENT ADULTE -**

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Lieu de naissance :

Date de naissance : _____

Adresse :

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____ E-mail : _____

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre Médecin généraliste

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Couverture sociale

Nom de l'assuré :

CPAM RSI MSA LMDE SMEREP

N° d'immatriculation : _____ Autre, préciser :

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

Téléphone : _____

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code Postal : _____

Téléphone : _____ Portable : _____ E-mail : _____

Lien avec le patient :

Protection juridique

Tutelle Curatelle Autre, préciser :

Nom et coordonnées :

Un établissement



Clinique Saint-Vincent

7, rue des Bruyères • 56260 Larmor-Plage
Tél. : 02 97 88 01 01 • Fax : 02 97 88 01 29
E-mail : admissions.larmorplage@emeis.com

**ÉLÉMENTS MÉDICAUX
CONFIDENTIELS**

Nom :

Prénom :

Motif Thérapeutique

- Troubles de l'humeur
- Schizophrénie, autres troubles psychotiques
- Troubles liés à une substance, préciser :
- Troubles des conduites alimentaires
- Autre :

Troubles du comportement (agressivité...) : Oui Non Lesquels :Idées suicidaires : Oui Non Commentaires :Consommation de toxiques : Oui Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) (*Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail*) :

Poids :

Taille :

Appareillage :

 Oui Non Si oui, préciser :Autonomie Mobilité réduite : Commentaires :

Allergies :

 Oui Non Si oui, préciser :

Suivi ambulatoire extérieur :

 Oui Non Si oui, avec qui :

Logement :

 Oui Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de la demande : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cachet du médecin :*Obligatoire si envoi par fax/courrier.**Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.***ENVOYER VOTRE DEMANDE****Coordonnées du Secrétariat Médical**

Tél : 02 97 88 01 01 • Fax : 02 97 88 01 29

E-mail : admissions.larmorplage@emeis.com

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe.

Un établissement

