

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE MON REPOS
- PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Hospitalisation de Jour

Hospitalisation de Nuit

Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

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 :

