

Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez	Un établissement  Demande d'admission Fiche administrative (N° 1)	Référence : EN OPC 617 Indice : V	Page : 1 / 3
---	--	---	--------------

Merci de compléter ce formulaire et de nous le renvoyer accompagné impérativement de :

- la photocopie de la carte vitale et/ou de l'attestation d'assuré social
- la photocopie recto-verso de votre carte de mutuelle
- la photocopie recto-verso de votre carte d'identité

Clinique ou hôpital : Tél :
Adresse : Fax :
Médecin hospitalier:

Médecin Traitant : Tél :
Adresse : Fax :
Ville: Code postal.....

Avez-vous déjà séjourné au Centre de TREBOUL : OUI ☐ NON ☐ Si oui, en quelle année :

Type d'hospitalisation

Hospitalisation Complète ☐ Internat	Hospitalisation De Jour ☐		
chambre particulière souhaitée* (à partir de 75,00 €/jour)	Mode d'hébergement		
oui ☐ non ☐	☐ Camping	☐ Location	☐ Domicile ou résidence secondaire

*L'attribution de la chambre particulière se fait en fonction des disponibilités le jour de votre arrivée. Contactez votre mutuelle afin de connaître la prise en charge du supplément chambre particulière.

Date d'entrée souhaitée :

Identité - (A compléter en majuscules)

NOM : Nom de jeune fille :
Prénom : Sexe : masculin ☐ féminin ☐
Date de naissance : Lieu : Nationalité :
Profession : Êtes-vous en arrêt de travail : oui ☐ non ☐
Adresse du domicile :
Ville : Code Postal :
Tél fixe : Portable :
Adresse e-mail :
Situation maritale : célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf (ve) ☐ divorcé(e) ☐ vie maritale ☐

Personne à prévenir (obligatoire)

Nom : Prénom : Lien :
Adresse :
Ville : Code Postal :
Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

Souhaitez-vous désigner une personne de confiance (voir au verso) oui ☐ non ☐

Personne de confiance

Nom : Prénom : Lien :
Adresse :
Ville : Code Postal :
Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez	Un établissement  Demande d'admission Fiche administrative (N° 1)	Référence : EN OPC 617 Indice : V	Page : 2 / 3
---	--	---	--------------



Suite au verso

Mesure de protection juridique : oui ☐ non ☐ en cours ☐

Tutelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde ☐

Coordonnées du représentant légal :

N° sécurité sociale :

Organisme de prise en charge :

A préciser :

en ce moment, êtes-vous ?

en accident du travail oui ☐ non ☐ ☐

en maladie professionnelle reconnue oui ☐ ☐ non ☐

Si oui, joindre le justificatif de l'accident de travail ou de maladie professionnelle.

Mutuelle

Nom :

Adresse :

Tél : Fax :

**En Hospitalisation complète, il vous sera demandé un chèque de caution
non encaissé de 500 € à votre arrivée.**

Désignation d'une personne de confiance

Qui peut désigner la personne de confiance ? : toute personne majeure qui n'est pas sous tutelle.

Qui peut être désigné personne de confiance ? : un parent, un proche, un médecin traitant.

Quelles sont les missions de la personne de confiance ?

- elle est consultée lorsque vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin, avant toute intervention ou investigation et dans certains cas sur votre participation à un protocole de recherche biomédicale. (Attention : il ne s'agit que d'une consultation et non d'un consentement obligatoire).
- Si vous le souhaitez, elle vous accompagne dans vos démarches et assiste à vos entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.
- Si vous ne vous y êtes pas formellement opposé, le secret médical ne fera pas obstacle à ce qu'elle reçoive les informations nécessaires lui permettant de vous apporter un soutien direct, en cas de pronostic ou diagnostic grave.

Comment désigne-t-on une personne de confiance ?

- la désignation se fait par écrit (voir ci-dessous).
- la désignation est possible à tout moment et révocable à tout moment.
- elle est systématiquement proposée lors d'une hospitalisation pour la période couvrant la durée de l'hospitalisation.

Texte de référence : Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La loi du 4 mars 2002 souligne les droits du malade à l'information quant à sa pathologie et aux soins qui lui sont proposés et à la décision quant aux soins qui lui sont prodigués. Cette loi a prévu un dispositif qui permet au patient de se doter d'un « porte-parole » en cas d'incapacité de s'exprimer et/ou d'un accompagnateur dans ses démarches de soins . Il s'agit de la **personne de confiance**.

Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez	Un établissement  Demande d'admission Fiche administrative (N° 1)	Référence : EN OPC 617 Indice : V	Page : 3 / 3
--	--	--	---------------------

CRF Tréboul SAS Emeis
65, rue Ar Veret - 29100 Douarnenez
Tél : 02 98 11 10 10 Fax 02 98 11 10 22
admission.douarnenez@emeis.com