Clinique Madeleine Rémuzat
515 rue Saint-Pierre, 13012 MARSEILLE
Tél : 04 96 16 10 78 / 04 96 16 13 58
Fax : 04 96 16 13 47
E-mail : leila.yousfi@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
Hôpital de jour - SMR gériatrie
CLINIQUE MADELEINE RÉMUZAT
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

À remplir uniquement par le médecin adresseur

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ Troubles de la marche et de l'équilibre
☐ Chutes à répétition
☐ Réhabilitation post-opératoire - Date d'intervention : |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ Autre (précisez) : .....

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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?
Médecin généraliste ☐ Autre ☐
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré
N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ CMU
☐ SMEREP ☐ Autre, Précisez : .....

Assurance complémentaire
Nom de la mutuelle : ..... ALD : ☐ Oui ☐ Non

Motif de l'ALD :
☐ Exo 3 : Soins particuliers exonérés ☐ Exo 4 : Soins relatifs aux ALD
☐ Exo 5 : Assuré ou bénéficiaire exonéré, dans le cadre des pensions d'invalidité, des pensions militaires et des rentes d'incapacité
☐ Autre : .....

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : ..... Prénom : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mail : .....
Lien avec le patient : .....

PERSONNE DE CONFIANCE, SI DIFFÉRENTE DE LA PERSONNE À PRÉVENIR

Nom : ..... Prénom : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mail : .....
Lien avec le patient : .....

Clinique Madeleine Rémuzat
515 rue Saint-Pierre, 13012 MARSEILLE
Tél : 04 96 16 10 78 / 04 96 16 13 58
Fax : 04 96 16 13 47
E-mail : leila.yousfi@emeis.com

ÉLÉMENTS MÉDICAUX 1/2
CONFIDENTIELS
À remplir uniquement par le médecin adresseur

Nom du patient : ..... Prénom : .....

ANTÉCÉDENTS :

.....

.....

ETAT SOMATIQUE / COGNITIF ACTUEL :

.....

.....

TRAITEMENTS EN COURS : merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail :

.....

.....

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Le patient présente-t-il des difficultés pour :	Aucune aide	Aide partielle	Aide totale
Toilette / habillage	☐	☐	☐
Déplacements	☐	☐	☐
Préparation des repas	☐	☐	☐
Gestion des traitements	☐	☐	☐
Gestion administrative	☐	☐	☐
Alimentation / prise des repas	☐	☐	☐

AIDES DÉJÀ PRÉSENTES AU DOMICILE :

☐ Aucunes
☐ IDE à domicile
☐ Kinésithérapeute à domicile
☐ Aide familiale
☐ Portage de repas
☐ Orthophoniste à domicile
☐ Auxilliaire de vie
☐ Autre

Précisions :.....

.....

Pièces à joindre :

☐ Ordonnance / traitement habituel
☐ Courrier médical
☐ Derniers comptes rendus médicaux disponibles
☐ Derniers bilans biologiques si pertinents

CACHET DU MÉDECIN :

Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENVOYEZ VOTRE DEMANDE AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS

Clinique Madeleine Remuzat
Hôpital de jour Gériatrique
515 rue Saint-Pierre 13012 MARSEILLE
Tél : 04 96 16 10 78 / 04 96 16 13 58
fax : 04 96 16 13 47
Mail : leila.yousfi@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 emeis.

Un établissement emeis