Clinique Marigny
2, rue du Treil
31140 SAINT-LOUP CAMMAS
Tél. : 05 62 22 98 33 (HC)
Fax : 05 61 35 02 82
admission4.marigny@emeis.com
Pour les professionnels bénéficiant d'une adresse MSSanté :
admission4.marigny@emeis.mssante.fr

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE MARIGNY
- PATIENT ADOLESCENT -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

HDJ
Tél. : 05 62 22 91 77
admission2.marigny@emeis.com
Pour les professionnels bénéficiant d'une adresse MSSanté :
admission2.marigny@emeis.mssante.fr

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ Hospitalisation Complète ☐ Hospitalisation de Jour à partir de 12 ans

COORDONNÉES DU PATIENT ADRESSÉ PAR VOS SOINS

Sexe : ☐ F ☐ H

Prénom : ..... Nom : .....

Lieu de naissance : ..... Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de la mutuelle : ..... N° adhérent : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

SCOLARITÉ

Etablissement scolaire : .....

Adresse : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

COORDONNÉES DU PÈRE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

COORDONNÉES DE LA MÈRE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

COORDONNÉES DU RÉFÉRENT ASE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

COORDONNÉES DE LA FAMILLE D'ACCUEIL / MECS

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

Clinique Marigny
2, rue du Treil
31140 SAINT-LOUP CAMMAS
Tél. : 05 62 22 98 33 (HC)
Fax : 05 61 35 02 82
admission4.marigny@emeis.com
Pour les professionnels bénéficiant
d'une adresse MSSanté :
admission4.marigny@emeis.mssante.fr

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS
CONFIDENTIELS

HDJ
Tél. : 05 62 22 91 77
admission2.marigny@emeis.com
Pour les professionnels
bénéficiant d'une adresse MSSanté :
admission2.marigny@emeis.mssante.fr

COORDONNÉES DE L'ASSISTANTE SOCIALE
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_|
Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

COORDONNÉES DE LA PSYCHOLOGUE
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_|
Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

COORDONNÉES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_|
Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

COORDONNÉES DU PSYCHIATRE
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_|
Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

Autre professionnel : .....
.....
.....
.....

Merci de bien vouloir joindre à la demande d'admission un courrier médical détaillant l'indication, ainsi que l'ordonnance et les comptes rendus médicaux pertinents.
Sans courrier, aucune demande ne sera traitée.

CACHET DU MÉDECIN :
Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENVOYEZ VOTRE DEMANDE AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 05 62 22 98 33 (HC) / 05 62 22 91 77 (HDJ)
Fax : 05 61 35 02 82
admission4.marigny@emeis.com (HC)
admission2.marigny@emeis.com (HDJ)

Pour les professionnels bénéficiant d'une adresse MSSanté :
admission4.marigny@emeis.mssante.fr

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