Clinique Princess
6, boulevard Hauterive, 64000 Pau
Tél. : 05 59 02 03 00
Fax : 05 59 02 13 13
E-mail : smr.princess@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE PRINCESS
- SMR CONDUITES ADDICTIVES -
Hospitalisation de jour HDJ

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

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 spécialiste ☐ Médecin généraliste ☐

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 : ..... N° adhérent : .....

Téléphone : └┴┴┴┴┴┴┴┴┘

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : └┴┴┴┴┘ Ville : .....

Téléphone : └┴┴┴┴┴┴┴┴┘ Portable : └┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Mail : ..... Lien avec le patient : .....

PROTECTION JURIDIQUE

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée

☐ Autre : .....

Coordonnées : .....

Un établissement emeis

Clinique Princess
6, boulevard Hauterive, 64000 Pau
Tél. : 05 59 02 03 00
Fax : 05 59 02 13 13
E-mail : smr.princess@emeis.com

ÉLÉMENTS MÉDICAUX
CONFIDENTIELS

Nom : ..... Prénom : .....

MOTIFS THÉRAPEUTIQUES

☐ Troubles des comportements alimentaires ☐ Hyperphalgie ☐ Boulimie
☐ Anorexie ☐ Compulsions alimentaires ☐ Vomissements
☐ Autre : .....

Antécédents médicaux : .....
.....

Antécédents psychiatriques/psychologiques : .....
.....

Histoire de la maladie : .....
.....
.....

Traitement en cours *Merci de joindre la dernière prescription par fax/mail* :
.....

Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....

Handicap: ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser : .....
Mobilité réduite : ☐ OUI ☐ NON Commentaires :.....
Allergies : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser : .....
Suivi ambulatoire extérieur : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser où et quel jour : .....
.....

Le patient a-t-il formulé des directives anticipées ? : ☐ OUI ☐ NON
Si oui où pouvons-nous les obtenir ? ☐ Papier ☐ DMP

Jours de disponibilité : ..... **Date de la demande :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

ENVOYEZ VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNEES CI-DESSOUS

Secrétariat Médical
Tél : 05 59 02 03 00 - Fax :05 59 02 13 13
E-mail : smr.princess@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