Hôpital De Jour CÉRÈS
65, Voie Romaine
06000 NICE
☏ : 04.89.08.76.00
FAX : 04.89.94.61.40
Email : *contact@hdjceres.com*
N°FINESS : 060023694

CÉRÈS
HÔPITAL DE JOUR EN NUTRITION

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION

A compléter par vos soins recto verso, à signer et à nous renvoyer

NOM : …… PRENOMS : ……

NOM DE NAISSANCE: …… NATIONALITE : ……. ……..

DATE DE NAISSANCE : …….. LIEU DE NAISSANCE : …… ……

SITUATION FAMILIALE : ☐ Marié (e)- pacsé (e)-en union libre ☐ Célibataire
☐ Veuf-veuve ☐ Séparé(e)-divorcé (e)

ADRESSE : …….

CODE POSTAL : …….. VILLE : ……

TELEPHONE FIXE :……. TELEPHONE PORTABLE : ……

EMAIL : ……

PROFESSION : ……

CAISSE DE SECURITE SOCIALE OU ORGANISME OBLIGATOIRE :……..……

……

……

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE :……

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURE :……

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :……/……/……/……/……/……/……

BENEFICIAIRE : ☐ Assuré (e) ☐ Conjoint ☐ Ascendant
☐ Enfant ☐ Concubin

MUTUELLE ou ORGANISME COMPLEMENTAIRE (nom et adresse) :……

……...

……

NUMERO D'ADHERENT OU DE CONTRAT :…….

TELEPHONE DE L'ORGANISME :…… FAX : …….

POSITION JURIDIQUE :

EN CAS DE TUTELLE OU CURATELLE, MERCI D'INDIQUER LE NOM DU TUTEUR OU CURATEUR

NOM DU TUTEUR OU CURATEUR : ……

ADRESSE : ……

CODE POSTAL : …… VILLE : ……

TEL : …… TEL PORTABLE……

PERSONNE A PREVENIR (A remplir obligatoirement) :

NOM-PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	TELEPHONE

MEDECIN PRESCRIPTEUR ☐ Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Aucun

NOM DU MEDECIN : ……..…….

ADRESSE : ……

CODE POSTAL : …… VILLE : ……

TEL : …… TEL PORTABLE……

Est-il votre Médecin traitant ? ☐ OUI ☐ NON

Est-il votre Médecin Référent auprès de la Sécurité Sociale ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, à quelle date ? : ……../……/..20……

Cadre réservé à l'établissement

Reçu le :
OK : ☐
Nom (secrétaire médico-administrative)
……..

…….
Signature (secrétaire médico-administrative)

SIGNATURE OBLIGATOIRE