

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

DE VOS MEDECINS/INFIRMIERE

Médecin généraliste (si différent du médecin ayant prescrit le séjour) :

NOM /PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TEL FIXE : TEL PORTABLE :

Médecin endocrinologue et/ou diabétologue :

NOM /PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TEL FIXE : TEL PORTABLE :

Médecin cardiologue :

NOM /PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TEL FIXE : TEL PORTABLE :

Médecin psychiatre :

NOM /PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TEL FIXE : TEL PORTABLE :

Médecin autre : (préciser)

NOM /PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TEL FIXE : TEL PORTABLE :

Infirmière :

NOM /PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TEL FIXE : TEL PORTABLE :