

DEMANDE DE PRÉ-ADMISSION

CLINIQUE CHÂTEAU DE FLORANS

SSR polyvalent

Fiche à transmettre complétée par fax au 04.42.50.59.32 ou par mail à adjoint.chateaudeflorans@groupecolisee.com

DEMANDEUR

Je suis un médecin libéral

NOM Prénom :

Généraliste ou spécialiste (si spécialiste, précisez) :

Téléphone : Courriel :

Je suis un établissement ou structure

Nom de l'établissement ou structure :

Service : Fonction :

NOM Prénom :

Téléphone : Courriel :

Date souhaitée d'admission :

Type de chambre souhaité :

Type d'hospitalisation :

- Hospitalisation complète

- Chambre particulière

- Chambre double

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE PATIENT

NOM Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

Personne à prévenir (Nom, prénom, coordonnées téléphoniques et lien de parenté) :

Médecin traitant : Ville :

Médecin spécialiste : Ville :

Caisse de sécurité sociale : N° de sécurité sociale :

Nom de mutuelle :

Situation familiale : Situation professionnelle :

MOTIFS DE LA DEMANDE

CONTRE-INDICATIONS A L'ADMISSION :

- Désorientation temporo-spatiale et déambulation
- Addictions