



La Maison Basque
Établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation
 13 allée Edmond Rostand Tél : 05/59/29/36/00
 64250 CAMBO LES BAINS Fax : 05/59/29/28/90
 Mail : admissions.maisonbasque@colisee.fr

FICHE DE DEMANDE D'HOPITAL DE JOUR

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Tél : Fax :
 Mail :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Mr Mme Melle Nom : Prénom :
 Date de Naissance : Tél :
 Date d'entrée souhaitée

COORDONNÉES DE LA PERSONNE A JOINDRE

Nom : Prénom :
 Lien de parenté : Tél :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ANTÉCÉDENTS

MÉDICAUX	CHIRURGICAUX



La Maison Basque
Établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation
 13 allée Edmond Rostand Tél : 05/59/29/36/00
 64250 CAMBO LES BAINS Fax : 05/59/29/28/90
 Mail : admissions.maisonbasque@colisee.fr

PROJET : Motif médical justifiant la demande en HDJ

TRAITEMENT EN COURS OU JOINDRE DERNIÈRE ORDONNANCE																				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 50%;">-</td><td style="width: 50%;">-</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td></tr> </table>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			

RÉSERVÉ au SERVICE ADMISSION de la MAISON BASQUE

Adresse :

N° SS :

Régime général : Droits ouverts : Oui Non 100%

Régime complémentaire : Mutuelle CMU Complémentaire Non

Si mutuelle : Nom : Tél :