

ASSURANCE MALADIE

N° sécurité sociale : _____ Caisse d'affiliation : _____

Caisse de sécurité sociale : _____ Mutuelle : _____

Etes-vous : à 100% Oui Non Invalidité Oui Non En accident de travail Oui Non

Nom du médecin traitant : _____ Ville : _____

Téléphone :

Séjour en rapport avec :

ALD déjà acquise démarche en cours

K>50

AT ou maladie professionnelle

Autre : _____

PROTECTION JURIDIQUE

Non Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Demande en cours

Nom : _____ Prénom : _____

Coordonnées : _____

Je soussigné(e)....., autorise à titre gracieux la Clinique Provence Azur, à fixer et à reproduire mon image et à l'utiliser dans le cadre du dossier patient informatisé.

Fait à : Le :

Signature

Liste des pièces à fournir pour constituer votre dossier (Tout dossier incomplet ne pourra être traité)

- Dossier d'admission complété
- Attestation de sécurité sociale à jour
- Photocopie **lisible** d'une pièce d'identité recto-verso
- Photocopie de votre carte mutuelle recto-verso
- Prise en charge mutuelle (Ticket modérateur, Forfait journalier, Chambre particulière)
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une activité physique
- Si protection juridique, copie de l'attestation
- La personne de confiance remplie et signé

CLINIQUE PROVENCE AZUR

2 RTE DE LA CALADE, 13510 EGUILLES

A compter d'octobre 2024 > 9250 RTE DE BERRE ZAC JALASSIERES, 13510 EGUILLES

Tél. : 04.42.28.28.28

e.barbero@colisee.fr



LE PATIENT

Motivation : Oui Non

Adhésion au projet : Oui Non

Risque suicidaire : Oui Non

Suivi par un psychiatre : Oui Non

Coordonnées du psychiatre : _____

Langage : Parlé Lu Ecrit

Apte à bénéficier d'une éducation thérapeutique : Oui Non

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES

ANTECEDENTS MEDICAUX

Y a-t-il une raison médicale pour ne pas prescrire de génériques à votre patient ? Oui, préciser : _____ Non

AUTONOMIE

	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas
Se repérer dans l'espace et le temps			
Faire sa toilette			
S'habiller, se déshabiller			
Manger			
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale			

CLINIQUE PROVENCE AZUR

2 RTE DE LA CALADE, 13510 EGUILLES

A compter d'octobre 2024 > 9250 RTE DE BERRE ZAC JALASSIERES, 13510 EGUILLES

Tél. : 04.42.28.28.28
e.barbero@colisee.fr



Se déplacer			
Communiquer à distance (téléphone, alarme, sonnette etc.) pour alerter si besoin			
Nécessite une chambre avec rails de transferts : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

ACTIVITE PHYSIQUE
<input type="checkbox"/> Pas de contre-indication <input type="checkbox"/> Contre-indication : _____

ALIMENTATION
Allergies alimentaires : _____ Régime particulier : _____ Aliments que le patient ne peut pas manger : _____

REMARQUES EVENTUELLES

Nom du médecin :

Nom de l'établissement (le cas échéant) :

Fait à : Le :

Tampon et signature

CLINIQUE PROVENCE AZUR

2 RTE DE LA CALADE, 13510 EGUILLES **A compter d'octobre 2024 >** 9250 RTE DE BERRE ZAC JALASSIERES, 13510 EGUILLES

Tél. : 04.42.28.28.28
e.barbero@colisee.fr

