

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LES ORCHIDÉES - PATIENT ADULTE -



Clinique Les Orchidées

2, rue de l'Église • 95580 Andilly
Tél. : 01 34 16 85 39 • Fax : 01 34 16 80 91
E-mail : admissions.andilly@orpea.net

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Hospitalisation de Jour

Consultations

Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Lieu de naissance :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|_|

Ville :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre

Médecin généraliste

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|_| Ville :

Code Postal : |_|_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

E-mail :

Couverture sociale

Nom de l'assuré :

CPAM RSI MSA LMDE SMEREP

N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Autre, préciser :

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|_|

Ville :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail :

Lien avec le patient :

Protection juridique

Tutelle Curatelle Autre, préciser :

Nom et coordonnées :

