



Clinique Château du Bel Air

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE CHÂTEAU DU BEL AIR - PATIENT ADULTE -

Clinique Château du Bel Air
35, rue Albert Thomas • 91560 Crosne
Tél. : 01 69 49 11 00 • Fax : 01 69 49 71 18
E-mail : facturation.belair@orpea.net

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][]

Ville :

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][] Portable : [][][][][][][][][][][][][][][][] E-mail :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : [][][][][][][][][][][][][][][][]

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre Médecin généraliste

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][] Ville :

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][]

E-mail :

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

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][] Ville :

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][]

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 :



ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Clinique Château du Bel Air
35, rue Albert Thomas • 91560 Crosne
Tél. : 01 69 49 11 00 • Fax : 01 69 49 71 18
E-mail : facturation.belair@orpea.net

Nom :

Prénom :

Motif Thérapeutique

- Troubles de l'humeur
- Schizophrénie, autres troubles psychotiques
- Troubles liés à une substance, préciser :
- Troubles des conduites alimentaires
- Autre :
- Troubles du comportement (agressivité...) : Oui Non Lesquels :
- Idées suicidaires : Oui Non Commentaires :
- Consommation de toxiques : Oui Non Lesquels :
- Troubles anxieux
- Troubles de la personnalité
- Épuisement professionnel (burn-out)
- Troubles du sommeil

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) *(Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail) :*

- Poids : Taille :
- Appareillage : Oui Non Si oui, préciser :
- Autonomie Mobilité réduite : Commentaires :
- Allergies : Oui Non Si oui, préciser :
- Suivi ambulatoire extérieur : Oui Non Si oui, avec qui :
- Logement : Oui Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée : Date de la demande :

Cachet du médecin :
*Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.*

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 01 69 49 11 00 • Fax : 01 69 49 71 18
E-mail : facturation.belair@orpea.net