

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LAUTRÉAMONT - PATIENT ADULTE -

**Clinique Lautréamont**  
1, rue de Londres • 59120 Loos  
Tél. : 03 20 57 88 09 • Fax : 03 20 57 44 54  
E-mail : admissions2.lautreamont@orpea.net

À remplir uniquement par le médecin adresseur  
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

## Motif de la demande

Hospitalisation Complète                       Hospitalisation de Jour                       Hospitalisation de Nuit  
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 <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> 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 :

