

Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez	Demande d'admission Fiche administrative (N° 1)	Référence : EN OPC 617 Indice : S	Page : 1/2
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	--------------------------------------	------------

Merci de compléter ce formulaire et de nous le renvoyer accompagné impérativement de :

- la photocopie de la carte vitale et/ou de l'attestation d'assuré social
- la photocopie recto-verso de votre carte de mutuelle
- la photocopie recto-verso de votre carte d'identité

Clinique ou hôpital : Tél :
 Adresse : Fax :
 Médecin hospitalier:

Médecin Traitant : Tél :
 Adresse : Fax :
 Ville: Code postal.....

Avez-vous déjà séjourné au Centre de TREBOUL : OUI NON Si oui, en quelle année :

Type d'hospitalisation

Hospitalisation Complète <input type="checkbox"/> Internat	Hospitalisation De Jour <input type="checkbox"/>		
chambre particulière souhaitée* (à partir de 80,00 €/jour)	Mode d' hébergement		
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Camping	<input type="checkbox"/> Location	<input type="checkbox"/> Domicile ou résidence secondaire

*L'attribution de la chambre particulière se fait en fonction des disponibilités le jour de votre arrivée. Contactez votre mutuelle afin de connaître la prise en charge du supplément chambre particulière.

Date d'entrée souhaitée :

Identité - (A compléter en majuscules)

NOM : Nom de jeune fille :
 Prénom : Sexe : masculin féminin
 Date de naissance : Lieu : Nationalité :
 Profession : Êtes-vous en arrêt de travail : oui non
 Adresse du domicile :
 Ville : Code Postal :
 Tél fixe : Portable :
 Adresse e-mail :
 Situation maritale : célibataire marié(e) veuf (ve) divorcé(e) vie maritale

Personne à prévenir (obligatoire)

Nom : Prénom : Lien :
 Adresse :
 Ville : Code Postal :
 Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

Souhaitez-vous désigner une personne de confiance (voir au verso) oui non

Personne de confiance

Nom : Prénom : Lien :
 Adresse :
 Ville : Code Postal :
 Tél domicile : Tél portable : Tél travail :



Suite au verso

Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez	Demande d'admission Fiche administrative (N° 1)	Référence : EN OPC 617 Indice : S	Page : 2/2
-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	------------

Mesure de protection juridique : oui non en cours

Tutelle Curatelle renforcée Curatelle Sauvegarde

Coordonnées du représentant légal :

Demande de prise en charge pour les patients venant du domicile

L'original de l'ordonnance de votre médecin est à expédier à votre caisse d'assurance maladie .

Nombre de séances ou de jours prescrits : Date d'expédition à la caisse d'assurance maladie :

N° sécurité sociale :

Organisme de prise en charge :

A préciser :

en ce moment, êtes-vous ?

en accident du travail oui non

en maladie professionnelle reconnue oui non

Si oui, joindre le justificatif de l'accident de travail ou de maladie professionnelle.

Mutuelle

Nom :

Adresse :

Tél : Fax :

En Hospitalisation complète, il vous sera demandé un chèque de caution non encaissé de 500 € à votre arrivée.

Désignation d'une personne de confiance

Qui peut désigner la personne de confiance ? : toute personne majeure qui n'est pas sous tutelle.

Qui peut être désigné personne de confiance ? : un parent, un proche, un médecin traitant.

Quelles sont les missions de la personne de confiance ?

➤ elle est consultée lorsque vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin, avant toute intervention ou investigation et dans certains cas sur votre participation à un protocole de recherche biomédicale. (Attention : il ne s'agit que d'une consultation et non d'un consentement obligatoire).

➤ Si vous le souhaitez, elle vous accompagne dans vos démarches et assiste à vos entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.

➤ Si vous ne vous y êtes pas formellement opposé, le secret médical ne fera pas obstacle à ce qu'elle reçoive les informations nécessaires lui permettant de vous apporter un soutien direct, en cas de pronostic ou diagnostic grave.

Comment désigne-t-on une personne de confiance ?

➤ la désignation se fait par écrit (voir ci-dessous).

➤ la désignation est possible à tout moment et révocable à tout moment.

➤ elle est systématiquement proposée lors d'une hospitalisation pour la période couvrant la durée de l'hospitalisation.

Texte de référence : Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La loi du 4 mars 2002 souligne les droits du malade à l'information quant à sa pathologie et aux soins qui lui sont proposés et à la décision quant aux soins qui lui sont prodigués. Cette loi a prévu un dispositif qui permet au patient de se doter d'un « porte-parole » en cas d'incapacité de s'exprimer et/ou d'un accompagnateur dans ses démarches de soins . Il s'agit de la **personne de confiance**.

CRF Tréboul SAS Clinéa
65, rue Ar Veret - 29100 Douarnenez
Tél : 02 98 11 10 10 Fax 02 98 11 10 22
admission.douarnenez@orpea.net