

Clinique Princess
6, boulevard Hauterive, 64000 Pau
Tél. : 05 59 02 13 06
Fax : 05 59 02 13 13
E-mail : cliniqueprincess@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE PRINCESS
- MEDECINE ENDOCRINOLOGIE,
NUTRITION, MALADIES
METABOLIQUES -
Hospitalisation à temps partiel jour HTPJ

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

COORDONNÉES DU PATIENT ADRESSÉ PAR VOS SOINS

Sexe : F H

Prénom : Nom : Nom de jeune fille :

Lieu de naissance : Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Mail :

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?

Médecin spécialiste Médecin généraliste

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

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

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale :

CPAM RSI MSA LMDE CMU

SMEREP Autre, Précisez :

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

Téléphone :

Mail :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Mail : Lien avec le patient :

PROTECTION JURIDIQUE

Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

Autre :

Coordonées :

Un établissement



**ÉLÉMENTS MÉDICAUX
CONFIDENTIELS**

Nom : Prénom :

MOTIFS THÉRAPEUTIQUES

- Surpoids
 Obésité
 Diabète
 Diabète gestationnel
 Autre :

- Préparation à la chirurgie bariatrique
 Suivi post chirurgie bariatrique
 Troubles des conduites alimentaires
 Parcours obésité/PMA

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Histoire de la maladie :

Traitements en cours *Merci de joindre la dernière prescription par fax/mail :*

Poids : Taille : IMC :

Handicap:	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Mobilité réduite :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Commentaires :
Allergies :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser où et quel jour :

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
AUX COORDONNEES CI-DESSOUS**

Secrétariat Médical
Tél : 05 59 02 13 06 Fax : 05 59 02 13 13
E-mail : cliniqueprincess@emeis.com

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient ; il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe emeis.

Un établissement

