Clinique Marigny

2, rue du Treil
31140 SAINT-LOUP CAMMAS
Tél. : 05 62 22 98 40 • Fax : 05 61 35 02 82
E-mail : admission.marigny@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE MARIGNY
- PATIENT ADULTE -

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 Nom : .....

Prénom : ..... 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 psychiatre ☐ 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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : ..... Lien avec le patient : .....

PROTECTION JURIDIQUE

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, précisez : .....

Nom, Coordonées : .....

Un établissement emeis

Clinique Marigny

2, rue du Treil
31140 SAINT-LOUP CAMMAS
Tél. : 05 62 22 98 40 • Fax : 05 61 35 02 82
E-mail : admission.marigny@emeis.com

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS
CONFIDENTIELS

Nom : ..... Prénom : .....

MOTIF THÉRAPEUTIQUE

Connaissance du diagnostique : ☐ OUI ☐ NON

Principal : .....

Secondaire(s) : .....

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS :

Date d'apparition des premiers symptômes : |_|_|_|_|_|_|_|_|

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, préciser : .....
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 AUX COORDONNEES CI-DESSOUS

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 05 62 22 98 40 • Fax : 05 61 35 02 82
E-mail : admission.marigny@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 emeis