

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE MAISON
DE SANTÉ BELLEVUE
- PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Clinique Maison de Santé Bellevue
8 Avenue du 11 Novembre 1918 • 92190 MEUDON
Tél. : 01 41 14 15 00 • Fax: 01 46 26 87 88
E-mail : admission.maisondesante@emeis.com

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 :

Nom :

Prénom :

Motif Thérapeutique

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

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 41 14 15 00 • Fax : 01 46 26 87 88 54
E-mail : admission.maisondesante@emeis.com