

**FICHE N°1
DEMANDE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE**

(A remplir par le patient)

(votre dossier ne sera pris en compte que lorsque les pièces demandées seront fournies)

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

Médecin traitant..... Tél
Adresse Fax
Ville..... Code Postal

Avez-vous séjourné au Centre de TREBOUL oui non Si oui en quelle année

Type d'hospitalisation

HOSPITALISATION COMPLETE INTERNAT <input type="checkbox"/>	HOSPITALISATION DE JOUR <input type="checkbox"/>	EXTERNE ou TCA <input type="checkbox"/>
Chambre particulière souhaitée* oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Mode d'hébergement <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'ENTREE SOUHAITEE :

IDENTITE - (A compléter en majuscules)

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

Personne à prévenir en cas de besoin

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

Mesure de protection juridique :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	en cours <input type="checkbox"/>
Tutelle <input type="checkbox"/>	Curatelle renforcée <input type="checkbox"/>	Curatelle <input type="checkbox"/>	Sauvegarde <input type="checkbox"/>
Coordonnées du représentant légal :			

<p>DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR LES PATIENTS VENANT DU DOMICILE</p> <p>L'original de la prescription de votre médecin est à expédier à votre caisse d'assurance maladie, une photocopie de cette prescription est à joindre à ce dossier.</p> <p>Nombre de séances ou de jours prescrits :</p> <p>Date d'expédition à la caisse d'assurance maladie :</p>

N° SECURITE SOCIALE :

Organisme de prise en charge

(Joindre impérativement la photocopie de la carte vitale et/ou de l'attestation d'assuré social)

A PRECISER :

en ce moment êtes vous en

- accident du travail oui non
- en maladie professionnelle reconnue oui non

(si OUI, joindre impérativement la photocopie de la 1^{ère} page de la déclaration d'accident de travail ou maladie professionnelle reconnue)

MUTUELLE (joindre impérativement les photocopies recto-verso de la carte de mutuelle)

Nom :

Adresse :

Tél : Fax :

A votre arrivée, il vous sera demandé un chèque de caution non encaissé de 500 €

<p><u>Désignation d'une personne de confiance</u></p> <p>Qui peut désigner la personne de confiance ? : toute personne majeure qui n'est pas sous tutelle.</p> <p>Qui peut être désigné personne de confiance ? : un parent, un proche, un médecin traitant.</p> <p>Quelles sont les missions de la personne de confiance ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 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. <p>Comment désigne-t-on une personne de confiance ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● la désignation se fait par écrit (voir ci-dessous). ● la désignation est possible à tout moment et révoquant à tout moment. ● elle est systématiquement proposée lors d'une hospitalisation pour la période couvrant la durée de l'hospitalisation. <p>Texte de référence : Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.</p> <p>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.</p>
--

Merci de compléter ce formulaire et de nous le renvoyer.