

Demande de séjour en hospitalisation complète

Madame, Monsieur,

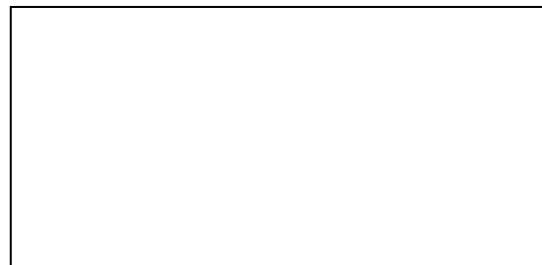
Vous trouverez ci-joint le dossier d'admission à compléter et à nous retourner.

Ci-dessous, l'ensemble des éléments obligatoires à nous transmettre :

- ✓ Volet administratif
- ✓ Volet médical dûment complété par votre médecin adresseur.
- ✓ Attestation des droits d'assurance maladie valide.
- ✓ Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour).
- ✓ Photocopie recto-verso de votre carte mutuelle en cours de droit.
- ✓ Prendre contact avec votre mutuelle pour connaître le montant de la Prise en Charge d'une chambre seule :
 - code DMT: 860
 - numéro de FINESS : 710015587

Nous nous occupons ensuite de formaliser la demande de Prise en Charge.

- ✓ Copies des ordonnances médicales en cours, dont les traitements de substitution éventuel
- ✓ Résultats et examens médicaux (de moins de 3 mois), électrocardiogramme de moins d'un an. Ces examens seront réalisés à votre entrée, si plus anciens ou manquants, suivi d'un bilan somatique.



Volet administratif (à remplir par le patient)

1. Coordonnées du patient : (à remplir par le patient)

Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage _____

Prénom (s) _____

Nom de naissance _____

Date -Lieu de naissance _____

Nationalité _____

Situation familiale _____

Nombre d'enfants _____ dont à charge _____

Adresse _____

Code postal – Ville _____

Téléphone fixe et portable (à noter par ordre de priorité) _____

Adresse mail _____

Profession _____

Lieu d'exercice _____

Personne de confiance :

Nom - Prénom _____ Lien de parenté _____

Adresse _____

Code postal – ville _____

Téléphone fixe / portable _____

Adresse mail _____

Personne à prévenir (si différente de la personne de confiance) :

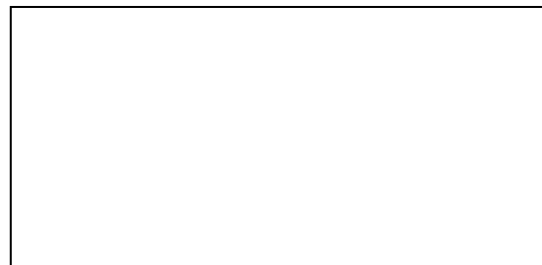
Nom - Prénom _____ Lien de parenté _____

Adresse _____

Code postal – ville _____

Téléphone fixe / portable (à noter par ordre de priorité) _____

Adresse mail _____



Régime alimentaire : _____

Le cas échéant, mesure de protection :

OUI ☐ NON ☐

Nature de la protection

Sauvegarde ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐

Mandataire :

Nom - Prénom _____

Adresse _____

Code postal – ville _____

Téléphone fixe / portable (à noter par ordre de priorité) _____

Adresse mail _____

2. Médecin Adresseur

Médecin traitant ☐ Médecin spécialiste ☐ Autre ☐ -----

Médecin traitant

Nom- Prénom _____

Adresse _____

Code postal – ville _____

Téléphone fixe – portable _____

Fax _____

Adresse mail _____

Médecin spécialiste

Nom- Prénom _____

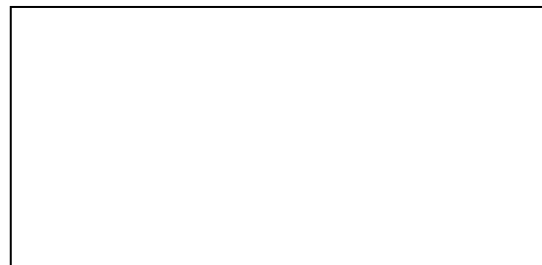
Adresse _____

Code postal – ville _____

Téléphone fixe – portable _____

Fax _____

Adresse mail _____



3. Régime d'assurance maladie et mutuelle : (à remplir par le patient)

Assurance maladie

Adresse

Code postal – ville

Numéro immatriculation

Mutuelle

Adresse

Code postal – ville

Numéro d'adhérent

Montant de prise en charge de la chambre individuelle

Souhait de votre organisme de Mutuelle

Chambre individuelle ?

OUI ☐ NON ☐

Solo CLASSIC : ☐

Solo PLUS : ☐

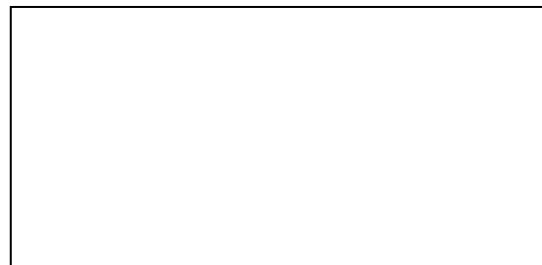
Solo CONFORT : ☐

Solo PREMIUM : ☐

Date d'entrée souhaitée :

Afin de préparer votre séjour, nous vous remercions de joindre la copie de :

- votre attestation d'assurance maladie,
- votre carte d'adhésion à une mutuelle recto-verso
- votre pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, ou carte de séjour) recto-verso sur la même feuille



Volet Médical (à remplir par le Médecin Adresseur)

4. Renseignements médicaux - à remplir par le médecin adresseur

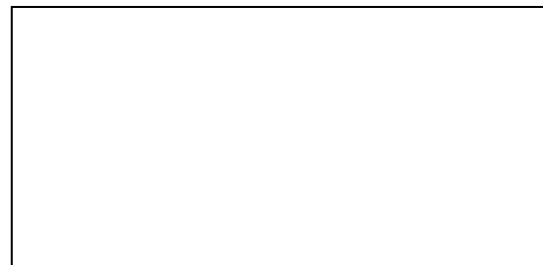
Motif (s) d'hospitalisation

Antécédents médicaux et psychiatriques (le cas échéant : traitements correspondants, tolérance et efficacité, suivis spécialisés éventuels)

Allergies connues

Addictions

Régime alimentaire



Autonomie

OUI ☐ NON ☐

Affection Longue durée déclarée

OUI ☐ NON ☐

Si oui, cette ALD est-elle en lien avec son hospitalisation ?

Si oui, quelle est la nature de cette ADL ?

5. Provenance

- ☐ Domicile
- ☐ Transfert

Etablissement :

Service :

Depuis le : / /

Contact (Nom et Prénom, Fonction)

Téléphone

Mail

Date :

Signature et cachet du médecin

Merci de joindre au présent dossier :

- les copies des ordonnances en cours, dont les traitements de substitution éventuels
- en cas de pathologie addictive, bilan hépatique et/ou toxicologie urinaire de moins d'un mois
- le cas échéant, les résultats d'examens complémentaires et courriers jugés utiles

Retour de votre dossier dûment complété et des pièces administratives:

Par mail à : clinique-le-gouz@ramsaygds.fr

Par Fax au : **03 85 76 39 79**

Par Courrier à : **Clinique le Gouz , 15 route de Sornay, 71500 LOUHANS**