

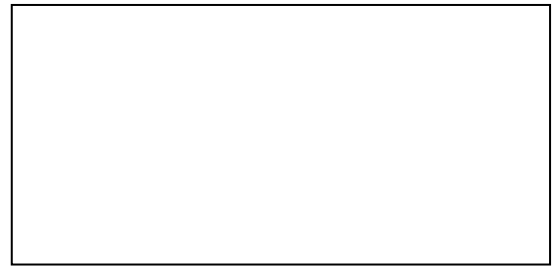
## Demande de séjour en hospitalisation complète

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
  - selon votre date d'entrée, la prise en charge doit être demandée pour la période du :
    - 01 au 10
    - 11 au 20
    - 21 au 30/31 du mois en cours.
- ✓ 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) :**

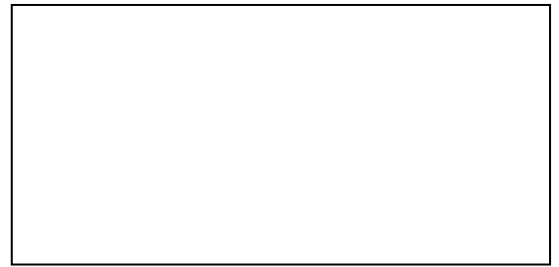
Nom - Prénom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal – ville \_\_\_\_\_

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

Adresse mail \_\_\_\_\_



**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 \_\_\_\_\_

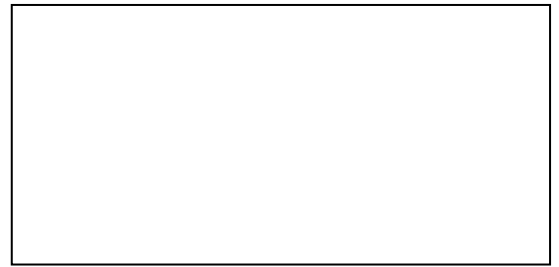
Adresse \_\_\_\_\_

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 :

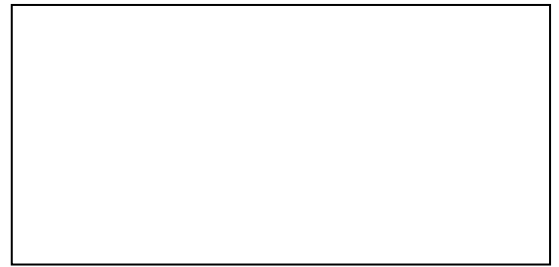
Solo CONFORT :

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

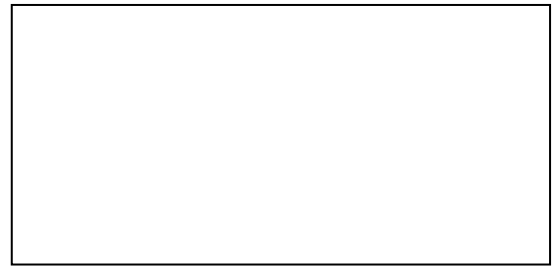
---

---

---

#### 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 dument complété et des pièces administratives:

Par mail à : [clinique-le-gouz@ramsaygds.fr](mailto: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**