



La Clinique Les Drags
Avenue du Golf
62520 Le Touquet
03.21.06.84.84
Fax : 03.21.05.52.94

DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION

« Prodiguer des soins dans des conditions optimales de sécurité, de confort et de qualité de vie au patient accueilli dans notre établissement, pour lui permettre un retour au domicile dans les meilleurs délais »

FAIRE 1
 PHOTOCOPIE DE
 VOTRE
 TRAITEMENT
 (médicaments)
 ET LE JOINDRE AU
 DOSSIER

Copie Carte d'Identité
 Carte vitale et
 Mutuelle

Préciser votre régime
 d'admission :

- Régime normal
 ALD AT

A remplir par le patient

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : N° de tél. :

Adresse mail (patient(e)) :

Adresse :

Situation Professionnelle :

Personne à prévenir : Lien de Parenté :

Majeur protégé : oui non Nom Prénom Tuteur ou Mandataire :

N° tél. :

Adresse complète de votre caisse (régime obligatoire)

Et n° de sécurité sociale

.....

Adresse complète de votre Mutuelle & n° de tél.

Et n° d'adhérent

.....

Médecin traitant : N° de tél. :

Choix de la chambre : **CHAMBRE PARTICULIERE** **CHAMBRE A 2 LITS**

Déjà venu(e) dans l'établissement : oui non

Personne à prévenir en cas de nécessité Mr Mme :

Adresse : Tél : Fax :

Personne de confiance à prévenir en cas de nécessité Mr Mme :

Adresse : Tél : Fax :

Patient sous tutelle oui non

Sous curatelle oui non

Si oui : coordonnées du tuteur ou curateur :

.....

TOUT DOSSIER INCOMPLET RETARDERA VOTRE ADMISSION

Partie réservée à la Clinique

CAS DE REFUS D'ADMISSION

(Un ou plusieurs des critères suivants)

- Le patient présente des troubles comportementaux majeurs
- Le patient présente un problème psychiatrique non stabilisé
- Le patient présente une Addictologie active
- La rédaction de la demande d'admission ne permet pas de se prononcer
- Les soins requis dépassent nos possibilités actuelles
- Le patient, tel que décrit, relève d'un autre type de prise en charge

COMMENTAIRES

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date/...../.....

Dr.....

Tél

Signature