

Clinique d'Orgemont

48-52, rue d'Orgemont • 95100 Argenteuil
Tél. : 01 39 96 31 23 • Fax : 01 39 96 31 30
E-mail : admissions.andilly@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE D'ORGEMONT - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète Hospitalisation de Jour Hospitalisation de Nuit
Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H Nom :
Prénom : Nom de jeune fille :
Lieu de naissance : Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Adresse :
Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ? Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> 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 :

