Clinique Kerfriden
24, Grand Rue • 29150 Châteaulin
Tél. : 02 98 86 71 04 • Fax : 02 98 86 12 53
E-mail : secmed.kerfriden@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE KERFRIDEN
- PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

☐ Hospitalisation Complète ☐ Hospitalisation de Jour ☐ Consultations
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 : |_ı_|_ı_|_ı_ı_ı_|
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_|
Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
Portable : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?
Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_| Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_| Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :

Couverture sociale

Nom de l'assuré : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ SMEREP
N° d'immatriculation : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|_ı_| ☐ Autre, préciser :
Assurance complémentaire :
Nom de la mutuelle :
N° adhérent :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_|
Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
Portable : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :
Lien avec le patient :

Protection juridique

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, préciser :
Nom et coordonnées :

Clinique Kerfriden
24, Grand Rue • 29150 Châteaulin
Tél. : 02 98 86 71 04 • Fax : 02 98 86 12 53
E-mail : secmed.kerfriden@emeis.com

ÉLÉMENTS MÉDICAUX
CONFIDENTIELS

Nom : Prénom :

Motif Thérapeutique

☐ Troubles de l'humeur
☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques
☐ Troubles liés à une substance, préciser :
☐ Troubles des conduites alimentaires
☐ Autre :
☐ Troubles anxieux
☐ Troubles de la personnalité
☐ Épuisement professionnel (burn-out)
☐ Troubles du sommeil

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :
Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :
Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) *(Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail)* :

Poids : Taille :
Appareillage : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :
Autonomie ☐ Mobilité réduite : ☐ Commentaires :
Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si oui, avec qui :
Logement : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| **Date de la demande :** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Cachet du médecin :
Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 02 98 86 71 04 • Fax : 02 98 86 12 53
E-mail : secmed.kerfriden@emeis.com

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe.

Un établissement emeis