

## Clinique L'Emeraude

34, traverse de la Seigneurie • 13009 Marseille  
Tél. : 04 91 40 92 38 • Fax : 04 91 40 92 30  
E-mail : admission.emeraude@emeis.com

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE L'EMERAUDE - 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"/>	Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :  _ _ _ _ _       Ville :	Code Postal :  _ _ _ _ _       Ville :
Téléphone :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Téléphone :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
E-mail :	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 :

