

## Clinique du Roussillon

289, avenue du Maréchal Joffre • 66000 Perpignan  
Tél. : 04 68 34 64 63 • Fax : 04 68 34 66 62  
E-mail : admission.roussillon@emeis.com

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DU ROUSSILLON - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur  
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

### Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Hospitalisation de Jour

Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

### Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe :  F  H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Ville :

Téléphone : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Portable : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] E-mail :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre  Médecin généraliste

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 :

