

**Clinique Villa Montsouris**  
115, rue de la Santé • 75013 Paris  
Tél. : 01 40 78 80 97 • Fax : 01 40 78 80 85  
E-mail : admissions.montsouris@emeis.com

# DEMANDE D'ADMISSION

## CLINIQUE VILLA MONTSOURIS

### - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur  
**ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS**

#### Motif de la demande

Hospitalisation Complète

#### 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 :

