

Clinique du Littoral

Parc du Champ Gretz

62180 RANG-DU-FLIERS

Tél. : 03 21 89 03 21 • Fax : 03 21 89 03 20

E-mail : secmed.littoral@emeis.com

ou via messagerie sécurisée (recommandée) :

secmed.littoral@emeis.mssante.fr

DEMANDE D'ADMISSION

CLINIQUE DU LITTORAL

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Hospitalisation de Jour

Médecin destinataire souhaité

Hospitalisation Complète

Dr Jean-Luc DAMELINCOURT

Dr Sylvie DUJARDIN

Dr Anne GLOMOT

Dr Antoine MORTIER

Hospitalisation de Jour

Dr Hélène DELIGNE

Dr Olivier DESABLIN

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 :

