

DEMANDE D'ADMISSION

Clinique Marigny

2, rue du Treil •31140 Saint-Loup Cammas

Tél.: 05 62 22 98 40 • Fax: 05 61 35 02 82

E-mail: admission.marigny@emeis.com

CLINIQUE MARIGNY - 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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Nom : Nom de jeune fille : Date de naissance : _ ı _ _ ı _ ı _ ı _ E-mail:
Coordonnées du/des médecin(s)	
Êtes-vous ? Médecin psychiatre □ Médecin généraliste □	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_ E-mail:	Nom : Prénom : Adresse : Code Postal : ııı_ Ville : Téléphone : ıııı E-mail :
Couverture sociale	
Nom de l'assuré : N° d'immatriculation : _ 1 _ 1 _ 1 _ 1 _ 1 _ 1 _ 1 _ 1 _ 1 _	☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ SMEREP ☐ Autre, préciser : N° adhérent :
Personne à prévenir en cas de nécessité	
Nom: Adresse: Code Postal: _ ı _ ı _ ı _ Téléphone: _ ı _ ı _ ı _ ı _ ı _ Portable: _ ı _ ı _ ı Lien avec le patient:	Prénom : Ville : I I I I E-mail:
Protection juridique	
☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, préciser : Nom et coordonnées :	



ÉLÉMENTS MÉDICAUX

2, rue du Treil • 31140 Saint-Loup Cammas Tél. : 05 62 22 98 40 • Fax : 05 61 35 02 82

Clinique Marigny

E-mail: admission.marigny@emeis.com

CONFIDENTIELS

Nom: Prénom:	
Motif Thérapeutique	
□ Troubles de l'humeur □ Troubles anxieux □ Schizophrénie, autres troubles psychotiques □ Troubles de la personnalité □ Troubles liés à une substance, préciser : □ Épuisement professionnel (burn-out) □ Troubles des conduites alimentaires □ Troubles du sommeil □ Autre : □ 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:	
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.	
Coordonnées du Secrétariat Médical	

Tél: 05 62 22 98 40 • Fax: 05 61 35 02 82 E-mail: admission.marigny@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 emeis.