

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE CHÂTEAU DE SEYSSES - PATIENT ADULTE -

Clinique Château de Seysses
14, place de la Libération • 31600 Seysses
Tél. : 05 62 23 90 25 • Fax : 05 62 23 90 93
E-mail : admissions.seysses@orpea.net

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète Hospitalisation de Jour / Dépression Télémédecine
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 :

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 :

