



DEMANDE D'ADMISSION SMR ADDICTOLOGIE (boulimie, hyperphagie boulimique, alimentation émotionnelle)

Médecin demandeur:..... Service:.....

Adresse:.....

Téléphone:..... Fax:.....

Cachet :

Date de la demande:.....

ETAT CIVIL

Nom, Prénoms:.....

Nom de jeune fille:.....

Date de naissance:...../...../.....

Numéro de téléphone : _ _ _ _ _

Numéro de sécurité sociale : _ _ _ _ _

Hébergement fixe : oui non

Adresse:.....

OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE

SMR Hospitalisation complète

(fortement recommandée avant une admission en SMR Hospitalisation de jour)

SMR Hospitalisation de jour

FICHE MEDICALE

Motif de la demande :

Histoire de la maladie :

