

**UNITE DE DIETETIQUE**

2344, Route de la Fénérie

06580 Pégomas

Tel : 04.92.97.32.32

Fax : 04.92.97.32.84

Email : [contact@unitededietetique.com](mailto:contact@unitededietetique.com)

Site internet : [www.unite-de-dietetique.fr](http://www.unite-de-dietetique.fr)



**DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION**  
*A compléter par vos soins recto verso, à signer et à nous renvoyer*

**Secteur d'Hospitalisation souhaité :**  SSR Nutrition hospitalisation complète  SSR Nutrition hospitalisation de jour  
 SSR Indifférencié

**Période d'hospitalisation souhaitée :**

NOM : ..... PRENOMS : .....  
NOM DE NAISSANCE: ..... NATIONALITE : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....  
SITUATION FAMILIALE :  Marié (e)- pacsé (e)-en union libre  Célibataire  
 Veuf-veuve  Séparé(e)-divorcé (e)  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TELEPHONE FIXE : ..... TELEPHONE PORTABLE : .....  
EMAIL : .....  
PROFESSION : .....

CAISSE DE SECURITE SOCIALE OU ORGANISME OBLIGATOIRE : .....  
.....  
.....  
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE : .....  
DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURE : .....  
NUMERO DE SECURITE SOCIALE : ...../...../...../...../...../...../.....  
BENEFICIAIRE :  Assuré (e)  Conjoint  Ascendant  
 Enfant  Concubin  
MUTUELLE ou ORGANISME COMPLEMENTAIRE (nom et adresse) : .....  
.....  
.....  
NUMERO D'ADHERENT OU DE CONTRAT : .....  
TELEPHONE DE L'ORGANISME : ..... FAX : .....

**POSITION JURIDIQUE :**

EN CAS DE TUTELLE OU CURATELLE, MERCI D'INDIQUER LE NOM DU TUTEUR OU CURATEUR

NOM DU TUTEUR OU CURATEUR : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : .....

VILLE : .....

TEL : .....

TEL PORTABLE.....

**PERSONNE A PREVENIR (A remplir obligatoirement) :**

NOM-PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	TELEPHONE

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Généraliste

Spécialiste

Aucun

NOM DU MEDECIN : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : .....

VILLE : .....

TEL : .....

TEL PORTABLE.....

Est-il votre Médecin traitant ?

OUI

NON

Est-il votre Médecin Référent auprès de la Sécurité Sociale ?

OUI

NON

Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement ?

OUI

NON

Si OUI, à quelle date ? : ...../...../..20.....

Chambre individuelle souhaitée (avec supplément à partir de 62 € par jour) :  OUI

NON

**Cadre réservé à l'établissement**

Reçu le :

OK :

Nom (secrétaire médico-administrative)

.....

.....

Signature (secrétaire médico-administrative)

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**