

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 NONEst-il votre Médecin Référent auprès de la Sécurité Sociale ? OUI NONAvez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement ? OUI NON

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

Chambre individuelle souhaitée: OUI NON(Supplément de : **35 € en Hospitalisation de jour** et à partir **65 € par nuit en hospitalisation complète**)**Cadre réservé à l'établissement****Reçu le :****OK :**

Nom (secrétaire médico-administrative)

.....

.....

Signature (secrétaire médico-administrative)

SIGNATURE OBLIGATOIRE