

**DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT**

de rééducation

de soins de suite

**Renseignements administratifs :**

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

☎ : .....

Sécurité Sociale : ..... N° d'immatriculation : .....

Mutuelle : ..... N° d'adhérent : .....

**Date d'entrée souhaitée** : ..... Chambre souhaitée : Seule \*  Double

**Personne à prévenir :**

Nom : .....

Adresse : .....

☎ : .....

Médecin Traitant : ..... Assistante Sociale Du Service : .....

Le séjour est-il dû à la suite d'un accident :                      Oui                       Non

**Renseignements médicaux :**

**DIAGNOSTIC ET MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION :** .....  
.....  
.....

Date de l'intervention ou de la maladie : .....

Appui : Oui                       Non                       Si non, date de reprise d'appui :

Etat général : .....

Poids : ..... Taille : .....

Antécédents : .....  
.....  
.....  
.....

Traitement : .....  
.....

Soins : .....  
.....

\* L'attribution d'une chambre seule ne peut être garantie à l'entrée

