

DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT

de rééducation

de soins de suite

Renseignements administratifs :

NOM : Prénom :

Nom de Naissance :

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

