

DEMANDE D'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

PARTIE ADMINISTRATIVE

DOCUMENT CONFIDENTIEL

À adresser à admissions@clinique-bethanie.fr
ou par fax ou courrier dans les plus bref délais.

► **Préadmission administrative :**

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Genre : _____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Email : _____

Coordonnées mandataire judiciaires : _____

Qualité : Curateur Tuteur Autres

N° sécurité sociale : _____ Nom assuré : _____

Caisse de SS et adresse : _____

Exonération ticket modérateur **100% PSY** : Oui Non

Mutuelle et adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Cotisez-vous pour une chambre particulière en **PSY** ? Oui Non
(Se renseigner auprès de la mutuelle)

Durée : _____ Tarif : _____ Forfait journalier : _____

Souhaitez-vous une chambre particulière ? Oui Non

- Copie obligatoire :**
- Carte de mutuelle (recto verso).
 - Attestation sécurité sociale (recto verso).
 - Pièce d'identité (à jour).
 - Si exonération du ticket modérateur, justificatif 100% à fournir (protocole de soins).
 - Justificatif de domicile.



**DOSSIER DEMANDE D'ADMISSION
D'HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET**

PARTIE MÉDICALE

DOCUMENT CONFIDENTIEL

À adresser à admissions@clinique-bethanie.fr
ou par fax ou courrier dans les plus brefs délais.

► **Date de la demande :** _____

► **Coordonnées et informations patient :**

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Genre : _____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Email : _____

La clinique Béthanie ne possède pas de lit d'accueil d'urgence. Le cas échéant, nous vous conseillons d'orienter votre patient sur le service d'urgence correspondant à son domicile.

► **Médecin adresseur :**

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Mail / Messagerie sécurisée : _____

► **Médecin psychiatre (si différent du médecin adresseur) :**

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Mail / Messagerie sécurisée : _____

Signature / Cachet



► **Motif principal de la demande :**

Objectif thérapeutique du séjour :

Symptômes actuels :

Historique des troubles :

Maladies somatiques en cours (merci de joindre les courriers utiles à la prise en charge) :

B.M.R : Oui Non

Addiction(s) (merci de détailler : nature des addictions, durée, actualités) :

Autonomie / dépendance physique (merci de préciser si appareillage ou à mobilité réduite) :

Aides à domicile (merci de préciser les coordonnées) :

Autres consignes médicales (régime, allergie, particularités) :

► **Antécédents :**

Antécédents psychiatriques :

Antécédents d'hospitalisations psychiatriques (merci de joindre les comptes rendus) :

Antécédents médico-chirurgicaux :

Antécédents judiciaires :

► Traitements médicamenteux :

Traitement psychiatrique :

Traitement somatique :

Autres commentaires :