

DEMANDE D'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

PARTIE 1 : ADMINISTRATIVE

À adresser à admissions@clinique-bethanie.fr ou, dans le cas où vous êtes dotés d'une messagerie sécurisée, à secretmed@clinique-bethanie.mssante.fr
Ce document confidentiel est à remplir par le professionnel à l'origine de la demande.

► Date de la demande : _____

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Genre : _____

Situation familiale : _____ Nombre d'enfants : _____ dont à charge : _____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Si vous êtes hébergé(e), merci de nous communiquer les coordonnées et adresse de l'hébergeur.

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Email : _____

Mesure de protection : Oui Non Si oui, merci de préciser : _____

N° sécurité sociale : _____ Nom assuré : _____

Caisse de sécurité sociale : _____

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

Mutuelle : _____

Le patient cotise-t-il pour une chambre particulière en **PSY** ? Oui Non
(Se renseigner auprès de la mutuelle)

Durée : _____ Tarif : _____ Forfait journalier : _____

Le patient souhaite-t-il une chambre particulière ? Oui Non

- Copies obligatoires** :
- Carte de mutuelle (recto verso).
 - Attestation sécurité sociale (recto verso).
 - Pièce d'identité (à jour) : carte d'identité, passeport ou titre de séjour
 - Si exonération du ticket modérateur, justificatif 100% à fournir (protocole de soins).
 - Justificatif de domicile.



PARTIE 2 : MÉDICALE

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 psychiatre :

Médecin adresseur : Oui Non

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Mail / Messagerie sécurisée : _____

Signature / Cachet

► Médecin traitant :

Médecin adresseur : Oui Non

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Mail / Messagerie sécurisée : _____

Signature / Cachet

► Autres :

Médecin adresseur : Oui Non

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 et/ou mesures en cours :

► **Traitements médicamenteux :**

Traitement psychiatrique :

Traitement somatique :

Autres commentaires :