



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



CLINIQUE LA LIRONDE
SAINT-CLÉMENT-DE-RIVIÈRE

Clinique La Lironde

Boulevard de la Lironde
34980 Saint-Clément-de-Rivière
Tél. : 04 67 59 32 00 • Fax : 04 67 59 31 91
E-mail : admission.lironde@orpea.net

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LA LIRONDE - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Portable : E-mail :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre

Médecin généraliste

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

E-mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

E-mail :

Couverture sociale

Nom de l'assuré :

CPAM RSI MSA LMDE SMEREP

N° d'immatriculation :

Autre, préciser :

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

Téléphone :

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Portable : E-mail :

Lien avec le patient :

Protection juridique

Tutelle Curatelle Autre, préciser :

Nom et coordonnées :

