CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE

Clinique Château du Bel Air
35, rue Albert Thomas • 91560 Crosne
Tél. : 01 69 49 11 00 • Fax : 01 69 49 71 18
E-mail : facturation.belair@orpea.net

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE CHÂTEAU DU BEL AIR - 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
Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Lieu de naissance :
Date de naissance : |_ı_|_ı_|_ı_ı_ı_|
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_|
Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
Portable : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?
Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_| Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :

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

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_| Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :

Couverture sociale

Nom de l'assuré : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ SMEREP
N° d'immatriculation : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|_ı_ı_| ☐ Autre, préciser :
Assurance complémentaire :
Nom de la mutuelle :
N° adhérent :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_|
Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
Portable : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :
Lien avec le patient :

Protection juridique

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, préciser :
Nom et coordonnées :

CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Clinique Château du Bel Air
CROSNE

Clinique Château du Bel Air
35, rue Albert Thomas • 91560 Crosne
Tél. : 01 69 49 11 00 • Fax : 01 69 49 71 18
E-mail : facturation.belair@orpea.net

Nom : Prénom :

Motif Thérapeutique

- ☐ Troubles de l'humeur
- ☐ Troubles anxieux
- ☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques
- ☐ Troubles de la personnalité
- ☐ Troubles liés à une substance, préciser :
- ☐ Épuisement professionnel (burn-out)
- ☐ Troubles des conduites alimentaires
- ☐ Troubles du sommeil
- ☐ Autre :

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :
Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :
Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) *(Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail)* :

Poids : Taille :
Appareillage : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :
Autonomie ☐ Mobilité réduite : ☐ Commentaires :
Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si oui, avec qui :
Logement : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| **Date de la demande :** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Cachet du médecin :
Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 01 69 49 11 00 • Fax : 01 69 49 71 18
E-mail : facturation.belair@orpea.net

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe ORPEA.