

## FORMULAIRE D'ADMISSION

### Coordonnées du Patient :

Nom :	<input type="text"/>	Nom de jeune fille :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>
Lieu de naissance :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>		
Téléphone :	<input type="text"/>	Portable :	<input type="text"/>

### Renseignements médicaux (Merci de joindre le courrier de votre médecin par fax / par mail) :

<b>Coordonnées du médecin psychiatre</b> Ce médecin est-il à l'origine de la demande ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/> Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/> Téléphone : <input type="text"/>	<b>Coordonnées du médecin traitant</b> Ce médecin est-il à l'origine de la demande ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/> Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/> Téléphone : <input type="text"/>
---	---

### Couverture sociale :

<b>Nom de l'assuré :</b> N° d'immatriculation : <input type="text"/>	<input type="radio"/> CPAM <input type="radio"/> RSI <input type="radio"/> MSA <input type="radio"/> LMDE <input type="radio"/> SMEREP
<b>Assurance complémentaire :</b> Nom de la mutuelle : <input type="text"/>	<input type="radio"/> Autre (préciser) : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	N° adhérent : <input type="text"/>

### Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>
Lien avec le patient : <input type="text"/>	

### Protection juridique :

<input type="radio"/> Tutelle <input type="radio"/> Curatelle <input type="radio"/> Autre (préciser) : <input type="text"/>
Nom et coordonnées : <input type="text"/>
<input type="text"/>