

Questionnaire Médical

A faire compléter par un médecin

Tampon lisible du Médecin (adresse et n°téléphone –merci-)

Fait le ____/____/____

Etablissement demandeur : _____

Service: _____ Tel _____

Médecin du service : _____ Tel : _____

Correspondant(e) : _____ Tel : _____

Médecin traitant : _____ Tel : _____

Date d'entrée souhaitée : ____/____/____

Nom : _____ Prénom : _____ né(e)le ____/____/____ M F

Diagnostic principal :

Pathologies associées :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

POIDS : _____ kg TAILLE : _____ m IMC : _____

Motricité valide

déambulateur

fauteuil roulant

cannes

Alimentation normale

aide

haché

mixé

Régime : _____

Etat psychique normal

dépressif

anxieux

stressé

compulsions alimentaires

Etat respiratoire normal

oxygène ____ litre(s) /minute.

continu discontinu

Commentaires particuliers _____

Doc n°1 Fiche de pré-admission administrative

Tous les documents sont obligatoires et doivent être lisibles

Nous envoyer impérativement avec cette fiche dûment remplie recto-verso :

- 1/ L'attestation papier de l'ouverture de vos droits administratifs de la sécurité sociale en cours de validitéCMU- CMU.C- AME idem
- 2/ La carte mutuelle recto-verso de l'année en cours
- 3/ La prise en charge mutuelle DMT 172 ambulatoire

Fait le : ____/____/____

PATIENT(e)

Nom _____
 Nom de jeune fille _____
 Prénom _____
 Date et lieu de naissance _____
 Adresse exacte _____
 Tel domicile _____ Tel portable _____
 Situation professionnelle _____ Situation familiale _____

ASSURE (e)

Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance _____

Personne à prévenir (en cas d'urgence)

Nom et Prénom : _____ Adresse : _____
 Téléphone : _____ Portable : _____

Personne de confiance (pour vous aider dans vos décisions)

Nom et Prénom : _____ Adresse : _____
 Téléphone : _____ Portable : _____

Caisse 1 : Sécurité Sociale (ou assimilée)

100% CMU oui et la date de fin des droits _____
 80% AME oui et la date de fin des droits _____
 A.T oui photocopie papier A.T
 ART115 oui

Nom et adresse exacte de la caisse _____
 N°matricule _____

Caisse 2 : Mutuelle oui non (la part est donc à votre charge)

20% CMU.C oui et la date de fin des droits _____
 Nom et adresse exacte de la mutuelle et n° adhérent _____

Période d'entrée désirée : _____

Il est impératif de contacter votre mutuelle pour connaître le montant qui vous sera remboursé et nous faire faxer une prise en charge (n°fax 04.42.65.29.02).

→