

Madame, Monsieur,

Afin de traiter votre demande d'admission, merci de bien vouloir nous adresser l'intégralité du présent dossier ainsi qu'une copie de votre :

- Carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour
- Carte de mutuelle complémentaire
- Attestation de sécurité sociale
- Traitement médicamenteux en cours (ordonnance)

Par fax : 01.40.91.04.45

Par email : admission@fontenay.clinalliance.fr

Par courrier : CLINALLIANCE FONTENAY-AUX-ROSES – 19 rue du Maréchal Galliéni – 92260 Fontenay-aux-Roses

Lors de votre arrivée, vous devrez impérativement être muni des documents listés ci-dessus

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Le patient

Nom de naissance Nom marital.....

Né(e) Prénom

Date de naissance ____ / ____ / ____ Lieu de naissance

Adresse postale

Code postal Ville

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Email @.....

Numéro de sécurité sociale / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Centre de sécurité sociale :

Mutuelle

Nom Numéro de contrat

Adresse postale

Code postal Ville

Protection juridique Non Oui - Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Demande en cours

Nom et coordonnées du représentant légal

.....

Date d'admission envisagée ____ / ____ / ____

- En Hospitalisation complète
- En Hospitalisation de jour

DEMANDEUR

- Etablissement de santé
- Médecin traitant / spécialiste
- Etablissement médico-social

NOM..... Téléphone ____ / ____ / ____ / ____

FAX ____ / ____ / ____ / ____ Email @.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Admission en rapport avec :

- Une Affection Longue Durée (ALD)
- Un transfert depuis un établissement de santé (*joindre un bulletin de situation*)
- Un accident de travail en date du ____ / ____ / ____ (*joindre une copie de la déclaration d'AT*)
- Un acte CCAM > 120 € en date du ____ / ____ / ____

Motifs de la demande et historique de la maladie

.....

.....

.....

Antécédents

- Diabète
- H.T.A
- Phlébites
- COVID-19
- Allergies :
- Cardio-vasculaire :
- Conduite addictive :
- Autres :

Statut vaccinal contre le COVID-19 : Complet Débuté Non débuté
(merci d'annexer à cette demande le pass sanitaire à jour)

Autonomie

	Autonome	Installation	Aide Partielle	Aide totale	Précisions
Toilette					
Habillage					
Alimentation					<input type="checkbox"/> Alimentation parentérale
Déplacements					<input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Aide technique
Contenance					<input type="checkbox"/> Appui autorisé <input type="checkbox"/> Appui interdit <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Poche de colostomie

	Adaptée	Troubles mineurs	Complexe	Précisions
Compréhension				
Communication				<input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution <input type="checkbox"/> Aphasie
Comportement				<input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Déambulant <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Agressif <input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Dépressif

Projet de sortie envisagé

- Retour à domicile
 - Logement accessible
 - Présence d'un accompagnant / aidant

- EHPAD

- Autre

Personne de confiance

Vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance. Elle peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant (personne majeure obligatoire).

Elle pourra vous accompagner dans vos démarches, assister à vos entretiens médicaux et vous épauler dans la prise de décisions. Dans la mesure où votre état de santé ne vous le permettait pas, **votre personne de confiance sera consultée afin de témoigner de votre volonté.**

Sa désignation est **libre et peut être révoquée à tout moment.**

NOM Prénom Lien

Adresse postale

Code postal Ville

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Signature

Pour le compte du patient
NOM, Prénom, lien

Le patient

PRESTATIONS D'HEBERGEMENT – Hospitalisation complète

Durant votre séjour, vous avez la possibilité de demander certains services hôteliers. Ils ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale et reste donc **à votre charge ou celle de votre organisme complémentaire**.

- Le forfait journalier – 20 € / jour
- Les frais d'hébergements en chambre particulière (tarif journalier)
- Les frais multimédias – téléphone fixe, télévision (tarif journalier)

Nous vous invitons à prendre contact dans les meilleurs délais avec votre mutuelle afin de connaître vos droits.

Votre prise en charge hôtelière

- Chambre double
- Chambre particulière Type 1 – 84 € / jour
 - 1
 - 2
 - 3
- Chambre particulière Type 2 – 89 € / jour
 - 1
 - 2
 - 3
- Chambre particulière Type 3 - 99 € / jour
 - 1
 - 2
 - 3

Les prestations multimédias

- Télévision – 2 € / jour
- Ouverture d'une ligne téléphonique fixe – 5,50 €
- Accès WiFi – 10 € le séjour

Je certifie l'exactitude des informations transmises dans ce formulaire et confirme mon accord sur les souhaits de prestations hôtelières indiquées.

Signature

Le patient

Pour le compte du patient
NOM, Prénom, lien