CLINALLIANCE SMR	DEMANDE D'ADMISSION	CLINALLIANCE FONTENAY-AUX-ROSES 19 rue du Maréchal Galliéni 92260 Fontenay-aux-Roses Tel : 01.40.91.35.00

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 cordonnées 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 ☐ Allergies : .....

☐ H.T.A ☐ Cardio-vasculaire : .....

☐ Phlébites ☐ Conduite addictive : .....

☐ COVID-19 ☐ 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					☐ Alimentation parentérale
Déplacements					☐ Risque de chute ☐ Aide technique ..... ☐ Appui autorisé ☐ Appui interdit
Continence					☐ Urinaire ☐ Fécale ☐ Sonde ☐ Poche de colostomie

	Adaptée	Troubles mineurs	Complexe	Précisions
Compréhension				
Communication				☐ Difficultés d'élocution ☐ Aphasie
Comportement				☐ Désorienté ☐ Déambulant ☐ Agité ☐ Agressif ☐ Risque de fugue ☐ 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 connaitre vos droits.

Votre prise en charge hôtelière

☐ Chambre double

☐ Chambre particulière Essentielle – 99 € / jour

☐ Chambre particulière Confort – 109 € / jour

☐ Chambre particulière Prestige – 129 € / jour

☐ Chambre particulière Premium - 250 € / jour

Afin de fluidifier les démarches administratives, nous vous conseillons de vous rapprocher de votre mutuelle en amont du séjour afin de connaitre la montant de votre reste à charge.

Les prestations supplémentaires

☐ Télévision – 2,00 € / jour

☐ Téléphone – 9,90 € le séjour

☐ Accès WiFi Limité – 9,90 € par semaine

☐ Accès WiFi Illimité – 19,90 € par semaine

☐ Repas invité et repas supplémentaire le jour de la sortie – 12,40 €

☐ Lit accompagnant petit-déjeuner inclus (sous réserve de disponibilité) – 23,00 € / nuit

☐ Trousse d'accueil salle de bain – 12,00 € / nuit

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

Signature

Pour le compte du patient
NOM, Prénom, lien

Le patient