



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](mailto: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

## 3. SOURCES

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

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Allergies : .....
<input type="checkbox"/> H.T.A	<input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire : .....
<input type="checkbox"/> Phlébites	<input type="checkbox"/> Conduite addictive : .....
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> 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					
Habillement					
Alimentation					<input type="checkbox"/> Alimentation parentérale
Déplacements					<input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Aide technique .....
Continence					<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"/> Aphasic
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 Essentielle – 100 € / jour
- Chambre particulière Confort – 110 € / jour
- Chambre particulière Prestige – 130 € / 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 connaître la montant de votre reste à charge.

### Les prestations supplémentaires

- Télévision – 4,00 € / 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 – 20,00 €

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