



CLINIQUE
LES HORIZONS

FORMULAIRE D'ADMISSION HC

À REMPLIR PAR LE PATIENT (OU RESPONSABLE LÉGAL) ET À RENVOYER.

Date d'entrée..... Date de sortie.....

Coordonnées du patient

Nom de famille.....

Prénom.....

Sexe H F Nationalité.....

Date de naissance..... Ville de naissance.....

Situation familiale..... Nombre d'enfants..... dont à charge.....

Adresse habituelle.....

Code postal..... Ville.....

Profession.....

Téléphone.....

Informations médicales

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) dans une clinique Inicéa ?

Oui Non Si oui, laquelle.....

Avec le Docteur.....

Avez-vous été hospitalisée en psychiatrie durant l'année en cours ? (joindre le(s) bulletin(s) d'hospitalisation)

Oui Non Nombre de jours.....

Nom et adresse du médecin adressant.....

Avez-vous déclaré votre médecin traitant (réfèrent) ?

Oui Non

Si oui, nom et adresse de celui-ci.....

Régime d'assurance maladie (CPAM, MSA, MGEN...)

Nom de la caisse

Adresse

Code postal..... Ville.....

Numéro de sécurité sociale

Mutuelle ou CMU

Adresse

Code postal..... Ville.....

Téléphone

ALD (Affectation Longue Durée) Oui Non

Chambre Double Individuelle

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté..... T. fixe

T. portable

T. travail.....

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté..... T. fixe

T. portable

T. travail.....

Fait le :

Signature du patient :

Personne responsable du paiement

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté..... T. fixe

T. portable

T. travail.....

Fait le :

Signature du responsable :



CLINIQUE
LES HORIZONS

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET À RENVOYER SOUS PLI FERMÉ
CONFIDENTIEL ADRESSÉ AU SERVICE CONCERNÉ.

Coordonnées du patient

Nom de famille.....
Prénom..... Date de naissance.....
Sexe H F Taille..... Poids.....
Protection juridique Oui Non
Téléphone personnel.....

Médecin adressant

Nom..... Prénom.....
Adresse.....
Code postal..... Ville.....
Téléphone.....

Renseignements médicaux

Motif(s) de l'hospitalisation.....
.....
.....
.....

Antécédents psychiatriques.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents médicaux.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents chirurgicaux.....
.....
.....
.....

Allergies.....
.....
.....
.....

Statut sérologique (Hépatites et HIV).....

Antécédents transfusionnels Oui Non Date.....

Traitements.....
.....
.....
.....
.....

Examens biologiques et radiologiques inférieurs à 6 mois (joindre une copie des résultats si possible).....
.....
.....
.....

Degré d'autonomie sur une échelle de 1 à 5 (1 = dépendant, 5 = autonome) :

Fait le :

Signature du médecin :



CLINIQUE
LES HORIZONS

CERTIFICAT D'HOSPITALISATION

POUR UN ENFANT MINEUR OU POUR UN MAJEUR PROTÉGÉ

Tuteur légal

Je soussigné(e) Mr, Mme*

Prénom

Adresse

Code postal..... Ville.....

Téléphone

Tuteur du patient :

Nom..... Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal..... Ville.....

certifie accepter son hospitalisation à la Clinique.....
où je l'autorise à recevoir les soins nécessaires.

Si hospitalisation en séquentielle sur le pôle adolescents, cette hospitalisation se déroulera (précisez la séquence) :

A partir du :

*rayer les mentions inutiles

Je l'autorise, avec l'accord du médecin

À sortir à l'extérieur de la clinique Oui Non

Si oui : Seul Accompagné par :

À avoir une activité sportive, dans le cadre du planning des activités

Oui Non

À participer aux sorties éducatives du service, accompagné(e) d'un personnel soignant

Oui Non

À le transporter avec le véhicule de service ou à utiliser tout autre moyen adapté, selon les besoins (taxi, VSL...)

Oui Non

Autorisation d'intervention dans l'hôpital le plus proche

Oui Non

Fait le :

Signature :



CLINIQUE
LES HORIZONS

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE*

Coordonnées du patient

Je soussigné(e) Mr, Mme* Prénom

Date de naissance Lieu de naissance

Adresse

Code postal Ville

T. fixe T. portable

T. professionnel

Adresse mail

Admis à la clinique à compter du

et pour la durée du traitement,

souhaite désigner une personne de confiance.

ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

(Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.)

La personne de confiance

Je soussigné(e) Mr, Mme* Prénom

Date de naissance Lieu de naissance

Adresse

Code postal Ville

T. fixe T. portable

T. professionnel

Adresse mail

Engagement du patient

La personne de confiance, légalement capable, est :

- Un proche Un parent Un médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes ces démarches et assiste éventuellement aux entretiens médicaux nécessitant de ma part une décision importante :

- Oui Non

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait le :

Signature du patient :

Engagement de la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance,

Fait le :

Signature du patient :

(Ce document sera fait en trois exemplaires, dont un au patient, un à la personne de confiance et le dernier sera conservé par l'établissement.)