



CLINIQUE
DE VONTES

Dossier administratif de pré-admission d'hospitalisation

Avez-vous été hospitalisé à la clinique entre 2007 et ce jour ? Oui Non
Si oui, pouvez-vous nous indiquer les dates du dernier séjour ? du au

Votre identité

Nom Prénom
Nom de naissance Sexe F M
Date de naissance Nationalité
Ville de naissance Département (n°)
Adresse N° Bis Ter Rue
Code postal Ville
Téléphone domicile Mail
Portable

Situation familiale

- Célibataire
 Marié(e)
 Pascé(e)
 Divorcé(e)
 Veuf(ve)

Situation professionnelle

- Salarié(e), profession
 Sans emploi
 Retraité(e)
 Etudiant(e)
 Autre, précisez

Nombre d'enfants Enfants à charge Oui Non

Important : personne(s) à prévenir

1 Lien de parenté Père Mère Frère Sœur Autre :

Nom Prénom
Adresse Code postal
Ville Téléphone

2 Lien de parenté Père Mère Frère Sœur Autre :

Nom Prénom
Adresse Code postal
Ville Téléphone



NOM : PRÉNOM :

Mesure de protection juridique

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique Oui Non
Si oui, de quel type ? Sauvegarde de justice Curatelle Curatelle renforcée Tutelle
Nom de l'organisme

Adresse de l'organisme

Nom et coordonnées de votre curateur ou tuteur ou mandataire judiciaire

Nom

Prénom

Téléphone

Suivi social

Bénéficiez-vous d'un suivi social ? Oui Non

Nom et coordonnées de l'Assistant(e) Social(e)

Nom

Prénom

Téléphone



CLINIQUE
DE VONTES

Dossier administratif de pré-admission d'hospitalisation

Assuré(e) social(e) s'il ne s'agit pas du/de la patient(e)

Nom Prénom

Nom de naissance Sexe F M

Date de naissance Nationalité

Ville de naissance Département (n°)

Profession

Adresse N° Bis Ter Rue

Code postal Ville

Téléphone domicile Portable

Votre caisse de sécurité sociale

Nom de votre caisse Ville

N° de sécurité sociale Clé

C. M. U Date de fin de droit

Invalidité du au

Affection Longue Durée Psychiatrie % Date de fin de droit

Affection Longue Durée Maladie % Date de fin de droit

Accident du travail Date N° de l'accident

Maladie Professionnelle

Votre complémentaire santé (mutuelle)

Nom de votre caisse Ville

N° d'adhérent N° de contrat

Nom de l'assuré Lien de parenté avec l'assuré

Rang du bénéficiaire Validité du au

Bénéficiaire CSS Oui Non Date de renouvellement



CLINIQUE
DE VONTES

Dossier administratif de pré-admission d'hospitalisation

NOM : PRÉNOM :

Avez-vous déclaré un médecin traitant auprès de votre caisse de sécurité sociale ? Oui Non

Votre médecin traitant

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Votre médecin adresseur (si différent)

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Avez-vous déclaré ce médecin auprès de votre caisse de sécurité sociale ? Oui Non

Votre médecin psychiatre

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Vos rendez-vous médicaux

 durant l'hospitalisation, que vous n'avez pas pu repousser :

Spécialité Date Lieu

Spécialité Date Lieu

Spécialité Date Lieu

[ENVOYER CE FORMULAIRE PAR MAIL](#)

[ENREGISTRER SOUS](#)

Vous allez être hospitalisé ? Il est obligatoire de nous informer de la déclaration ou non d'une personne de confiance. Téléchargez le formulaire ci-dessous, que vous pourrez nous remettre lors de votre admission : [FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE](#)

Vous êtes dans l'incapacité d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance ? [TÉLÉCHARGEZ CETTE ATTESTATION](#)