

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Etiquette

Date de remplissage :

Pour toute demande de prise en charge, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce document accompagné d'un courrier médical. Afin que votre demande soit examinée dans les plus brefs délais, merci de nous faire également parvenir les documents suivants :

- Une copie de l'attestation de Sécurité Sociale datant de moins de trois mois ;
- Une copie recto-verso de votre carte de mutuelle ;
- Une copie de votre attestation de responsabilité civile ;
- Une copie de votre pièce d'identité recto-verso ;
- Une copie de votre livret de famille ;
- Un courrier d'adressage du médecin psychiatre ou le cas échéant du médecin traitant ;
- Une photo d'identité récente ;
- Pour les demandes de soins-études :
 - Un courrier de votre part nous précisant le projet pédagogique et le projet de soins que vous désirez mettre en place à la clinique ;
 - Une photocopie des bulletins scolaires des trois dernières années de scolarité.

Et s'il y a lieu :

- Une photocopie du protocole de soins si ALD ;
- Une copie de la décision de mesure d'accompagnement éducatif ;
- Le jugement du juge aux affaires familiales ;
- Le jugement du juge pour enfant.

Vous souhaitez faire une demande d'hospitalisation en :

Hospitalisation complète
en unité de soins attentifs pour
adolescents (USAA)

Soins-études
en Hospitalisation de Jour

Soins-études
en Hospitalisation Complète

Nom : Prénom :

Adresse :

@ :

☎ portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

Date et lieu de naissance : / / / / / / / / / / à

Nationalité : Sexe : M F

Situation personnelle : Célibataire Autres, précisez :

Enfant(s) à charge :

Situation des parents : Célibataire Mariés Vie maritale Pacsés Séparés Divorcés Veuf

Nom de naissance et prénom du parent 1 :

Nom de naissance et prénom du parent 2 :

Date de naissance : /_/_/ /_/_/ /_/_/

Date de naissance : /_/_/ /_/_/ /_/_/

Profession :

Profession :

☎ : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

☎ : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Adresse :

Adresse :

@ :

@ :

Nom du responsable légal (si différent) :

Lien et adresse :

Lieu de résidence du patient : Parent 1 Parent 2 Alternée Personnel

Autres, précisez (+ adresse) :

Situation de la fratrie :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Date de naissance : /_/_/ /_/_/ /_/_/

Date de naissance : /_/_/ /_/_/ /_/_/

Profession/scolarité :

Profession/scolarité :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Date de naissance : /_/_/ /_/_/ /_/_/

Date de naissance : /_/_/ /_/_/ /_/_/

Profession/scolarité :

Profession/scolarité :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom :

☎ : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Lien avec le patient :

Adresse :

Nom et prénom :

☎ : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Lien avec le patient :

Adresse :

Renseignements scolaires ou professionnels :

Scolarisé(e) : OUI NON

Si OUI, scolarisé(e) en classe de :

Si NON, scolarité suspendue depuis le :

Établissement scolaire :

Projet d'étude ou professionnel envisagé :

Etudiant(e) : OUI NON

Type d'études menées :

Etablissement de rattachement :

Activité professionnelle :

Médecin traitant référent :

Adresse du médecin traitant :

: / / / / / / / / / / / / / / / /

Médecin psychiatre extérieur :

Adresse du médecin psychiatre :

: / / / / / / / / / / / / / / / /

Psychologue extérieur :

Adresse du psychologue :

: / / / / / / / / / / / / / / / /

Pharmacie de ville habituelle :

Adresse :

: / / / / / / / / / / / / / / / /

Êtes-vous assuré(e) social ? Oui Non

A quel titre ? Etudiant(e) Ayant droit, *NOM, Prénom de l'assuré(e)*

Salarié(e) Autres, précisez :

N° d'immatriculation : /

Nom de la caisse de sécurité sociale :

Avez-vous une mutuelle ? Oui Non

Nom de votre mutuelle :

Renseignements socio-éducatifs :

Détenteur(s) de l'autorité parentale :

(cocher la ou les cases concernées) père mère autre (précisez

Mesure éducative : Oui Non

Type de mesure d'accompagnement éducatif :

Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) Accueil Provisoire de Jeune Majeur (APJM)

Autres, précisez :

Nom et prénom :

Adresse :

Date de la mise en place : / / / / / / / / / / (joindre une copie de la décision)

Nom et prénom du référent éducatif :

Nom et adresse du service :

du service : / / / / / / / / / / / / / / / /

Mesure de protection de justice : Oui Non

Type de mesure de protection de justice :

Tutelle Curatelle Tiers digne de confiance Autres, précisez :

Date de la mise en place : / / / / / / / / / /

Nom et prénom du représentant :

Nom et adresse de l'organisme :

de l'organisme : / / / / / / / / / / / / / / / /