

DEMANDE D'ADMISSION

CLINALLIANCE Buttes-Chaumont 39-43 rue Fessart 75019 PARIS

Tel: 01.58.87.27.27

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 :

MEDECIN PRESCRIPTEUR (à remplir par le médecin prescripteur)

- Carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour
- Carte de mutuelle complémentaire
- Attestation de sécurité sociale
- Ordonnance précisant le type d'hospitalisation (HC ou HDJ)
- Traitement médicamenteux en cours (ordonnance)
- Si disponible : Compte rendu d'hospitalisation, opératoire, d'imagerie, biologie

UN DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN CONSIDERATION.

Lors de votre arrivée, vous devrez impérativement être muni des documents listés ci-dessus.

Par fax: 01.58.82.27.99

 $\textbf{Par email}: \underline{admission@butteschaumont.clinalliance.fr}$

Par courrier: CLINALLIANCE Buttes-Chaumont – 39 – 43 rue Fessart – 75019 PARIS

NOM			Cachet de l'établissement / médecin prescripteur			
Téléphone / / /						
FAX//						
Email@						
Date d'admission envisagée	En hospitalisation complète	(HC)	En hospitalisation de jour (HDJ)			
/ /	☐ Locomoteur ☐ Système nerveux ☐ Gériatrie ☐ Polyvalent		□ Locomoteur □ Système nerveux □ Gériatrie □ DME			
	RENSEIGNEMENTS ADMINIST	RATIFS				
NOM Date de naissance / / Adresse postale	Lieu de naissance					
Code postalVil Téléphone / / / / Email	Portable//	/				
Numéro de sécurité sociale / / / Mutuelle Nom						
Adresse postale						

Protection juridique	□ Non Oui	- □ Tutelle		□ Cur	atelle	□ Sauvegarde de justice
	□ Demande en o	cours				
Nom et cordonnées du	u représentant lé	gal				
	RENSEIG	NEMENTS MEI	DICALIX	' (à ren	nnlir nar le r	médecin prescripteur)
	MENSER	JIVELVIELVI J IVIEL	JICHOX	i (u ren	ipiii pai ie i	neactiff prescriptedly
Admission en rapport a Une Affection Longu Un transfert depuis u Un accident de trava Un acte CCAM > 120	ie Durée (ALD) un établissemen ail en date du	t de santé (joind //	dre un l	bulletir	de situatio	
Motifs de la demande	et historique de	la maladie				
				•••••		
Antécédents □ Diabète				-		année précédente
□ H.T.A □ Phlébites		-				
□ COVID-19						
□ BMR						
Statut vaccinal contre	le COVID-19 :	□ Complet		□ Dék	outé	□ Non débuté
Autonomie						
	Autonome	Installation	Ai Part		Aide totale	Précisions
Toilette						
Habillage						Ali di
Alimentation						□ Alimentation parentérale
Déplacements						☐ Risque de chute☐ Aide technique
Deplacements						□ Appui autorisé □ Appui interdit
Continence						□ Urinaire □ Fécale
						□ Sonde □ Poche de colostomie
	Adaptée	Troubles min	Allro	· ·	omplexe	Précisions
Compréhension	Adaptee	TTOUDIES HIIII	CUIS		MINICAE	FICCISIONS
Communication						☐ Difficultés d'élocution ☐ Aphasie
Comportement						□ Désorienté □ Déambulant

□ Agité □ Risque de fugue □ Agressif□ Dépressif

Projet de sortie envisagé

□ Retour à domicile								
□ Logement accessible								
□ Présence d'un accom	pagnant / aidant							
□ EHPAD								
Préciser les démarches déjà eng	agées:							
Personne à prévenir								
NOM	Prénom		Lien					
Adresse postale								
·								
				•••				
Téléphone <u>/</u> /	_/ Portable/_		_					
	DDESTATIONS D'UED	EDCEMENT Hoopite	alication complète					
	PRESTATIONS DIFE	BERGEMENT – Hospita	ansation complete					
sociale et reste donc à votre cha - Le forfait journalier – 2 - Les frais d'hébergemen - Les frais multimédias –	irge ou celle de votre org 0 € / jour Its en chambre particuliè téléphone fixe, télévision Intact dans les meilleurs Ille - 99 € / jour Ille +- 109 € / jour - 125 € / jour	ganisme complément ère (tarif journalier) on (tarif journalier) délais avec votre mut □ Cham □ Cham	òteliers. Ils ne sont pas pris en charge par la Sécult aire . tuelle afin de connaitre vos droits. hbre particulière Prestige - 170 € / jour hbre particulière Prestige +- 199 € / jour hbre particulière Premium - 250 € / jour					
□ Télévision – 3 € / jour □ Forfait téléphonique – 9,90 € Je certifie l'exactitude des inforr hôtelières indiquées. Signature	nations transmises dans	ce formulaire et conf	firme mon accord sur les souhaits de prestations					
Le patient			Pour le compte du patient NOM, Prénom, lien					