

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LA PRE-ADMISSION EN SSR

Admission <input type="checkbox"/> HDJ <input type="checkbox"/> HC Prévues le _____	
Civilité / Situation personnelle NOM : _____ NOM DE JEUNE FILLE : _____ Prénom(s) : _____ N° SS : _____ Né(e) le : _____ A : _____ Dépt : _____ Nationalité : _____ <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) Adresse : _____ _____ Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Nom médecin-traitant : _____	Situation professionnelle Profession : _____ Employeur : _____ _____ AT : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date : _____ Déclaration d'accident Copie de l'arrêt de travail Retraité(e) <input type="checkbox"/>
Protection de justice <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	Provenance Domicile : <input type="checkbox"/> Etablissement : _____ _____ Date d'entrée : _____ Date intervention : _____ Nom chirurgical : _____
Entourage Nom, Prénom : _____ Lien parenté : _____ PaP <input type="checkbox"/> PdC <input type="checkbox"/> Adresse : _____ _____ Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Nom, Prénom : _____ Lien parenté : _____ PaP <input type="checkbox"/> PdC <input type="checkbox"/> Adresse : _____ _____ Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Nom, Prénom : _____ Lien parenté : _____ PaP <input type="checkbox"/> PdC <input type="checkbox"/> Adresse : _____ _____ Tél domicile : _____ Tél portable : _____	Couverture sociale Caisse affiliation : _____ _____ Si la personne n'est pas l'assurée NOM : _____ Prénom (s) : _____ Né(e) le : _____ Mutuelle : _____ _____
	Séjour au SSR « Centre des Carmes » Chambre particulière : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Prise en charge mutuelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Téléphone : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Télévision : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Protections : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Pièces à fournir : Carte vitale à jour ou attestation Pièce d'identité Carte mutuelle Protocole de soins