Formulaire de demande d'admission en réadaptation psychosomatique

Clinique Le Noirmont (fax: 032 957 56 27)

Patient No de RCC: W 7184.26

Nom: Date de naissance:

Prénom: Sexe: ☐ F ☐ M

Adresse:

Domicile:

No de téléphone: Langue:

Caisse maladie Classe: ☐ commune ☐ demi-privée ☐ privée

Nom: Adresse:

No d'assuré:

Provenance du patient: ☐ domicile ☐ hôpital

Diagnostic principal (selon CIM-10):

Comorbidités psychiatriques:

Comorbidités somatiques:

Divers à préciser

Dépendances:	☐ non ☐ oui	Si oui, préciser:	.....
Diabétique:	☐ non ☐ oui	Si oui, préciser:	.....
Malvoyant:	☐ non ☐ oui	Si oui, préciser:	.....
Mobilité réduite:	☐ non ☐ oui	Si oui, préciser:	.....
Profil d'autonomie:	☐ indépendant	☐ avec stimulation	☐ exige de l'aide ☐ dépendant

Indications à la réadaptation psychosomatique stationnaire (justification):

Thérapies effectuées en: ☐ hospitalier ☐ semi-hospitalier ☐ ambulatoire

Durée: ....

Remarques:

Incapacité de travailler: ☐ non ☐ oui .....%

Hôpital/clinique/médecin/service envoyeur:	**No de tél. / No interne:**	**Personne à contacter en cas de transfert** **No tél. de service:**
..... **Date: / /**	.....	.....

Entrée souhaitée à la clinique dès le:	**Durée prévisible: jours**

A communiquer par fax au service de la division psychosomatique de la Clinique Le Noirmont (032 957 56 83).

Signature du médecin traitant:

Préavis du service de la division psychosomatique:

Timbre et signature:

☐ **accepté** ☐ **refusé**

Date: / /

En cas d'acceptation, le patient sera convié à un entretien préalable ambulatoire. Si le patient est accepté, la Clinique Le Noirmont se charge des démarches de demande de garantie auprès de la caisse maladie. Une fois cette dernière obtenue, la date d'entrée en réadaptation sera communiquée.

En cas de refus, motivation par lettre séparée.