

Formulaire de demande d'admission en réadaptation psychosomatique

Clinique Le Noirmont (fax: 032 957 56 83)



Patient

No de RCC: W 7184.26

Nom:

Date de naissance:

Prénom:

Sexe: F M

Adresse:

Domicile:

No de téléphone:

Langue:

Répondant

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.