

**DEMANDE D'ADMISSION**

NOM : ..... NOM de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu : .....  
 Célibataire       Marié(e)       Veuf (ve)       Divorcé(e)       Pacsé(e)  
Adresse : .....  
Code Postale : ..... Tél. : .....  
N° immatriculation : ..... / .....  
Caisse : ..... Mutuelle : .....  
Médecin Traitant : .....  
Personne à prévenir : ..... Tél. : .....

**VOLET MEDICAL**

Date de l'Intervention : .....  K opératoire >50  
Diagnostic de la maladie et problématique médical :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Antécédents :  
.....  
.....  
.....

**BESOINS :**       Kinésithérapie       Ergothérapie       Orthophonie

Objectif du séjour en SSR : .....  
.....  
.....  
.....

**Projet de sortie envisagé :**       Placement en Maison de Retraite       Retour Domicile  
    Placement en soins de longue durée       Soins Palliatifs

Chambre Particulière souhaitée  
 Chambre Particulière Médicalement nécessaire       Germes Multi-Resistant

Date d'Admission souhaitée : .....

Nom du Médecin demandeur : ..... Signature :

