



CLINIQUE
DE

MAISONNEUVE

Formulaire de demande d'admission

Tél : +41(22) 797 46 46 Fax : +41(22) 797 46 47

E-mail: contact@clinique-maisonneuve.ch

| | | |
|-----------------------------|---------------------|------------------|
| Nom : | Prénom : | Date d'entrée : |
| Adresse : | Date de naissance : | Heure : |
| Téléphone : | Téléphone mobile : | Date de sortie : |
| Caisse maladie base LAMal : | Numéro : | Heure : |
| Caisse complémentaire : | Numéro : | |

Diagnostic principal / date de l'événement

| |
|--|
| |
|--|

Comorbidités

| |
|--|
| |
|--|

Traitement

| Traitement | Matin | Midi | Soir | Nuit |
|------------|-------|------|------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| But du séjour | Profil de l'autonomie | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | Autonome | Avec stimulation | Exige de l'aide | Dépendant |
| Réadaptation | <input type="checkbox"/> | Manger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suite de traitement | <input type="checkbox"/> | Se laver | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convalescence | <input type="checkbox"/> | S'habiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> | Continence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Se déplacer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Troubles de l'humeur | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Si oui, préciser : |
| Troubles cognitifs | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Si oui, préciser : |

| | | | |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Projet de retour : | Domicile <input type="checkbox"/> | EMS <input type="checkbox"/> | Autres <input type="checkbox"/> |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|

A communiquer par fax au service du médecin-conseil de l'assureur-maladie avant l'admission (annexe1, chiffre 11 OPAS)

Nom de l'assureur :

Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur : accepté refusé

Retour dans les 48 h, sinon accepté

En cas de refus, motivation par lettre séparée

Timbre et signature :
du service du médecin-conseil

Date :/...../.....