



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 :/...../.....