



CENTRE DEPARTEMENTAL DE REPOS ET DE SOINS

40, rue du Stauffen - B.P. 70468 - 68020 COLMAR CEDEX
Tél. : 03 89 80 44 63 - Télécopie : 03 89 80 44 61
courriel : medical@cdrs-colmar.fr

DEMANDE D'ADMISSION

Renseignements d'ordre administratif

NOM : **NOM de jeune fille :**

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Situation de famille : **Nombre d'enfants :**

Religion : **Nationalité :**

Adresse :

Coordonnées de la famille :

Tutelle : OUI - NON

Curatelle : OUI - NON

Caisse d'affiliation d'assurance maladie :

N° matricule de sécurité sociale :

Nom et adresse de la mutuelle complémentaire :

Assurance "responsabilité civile" (Compagnie) :
(joindre OBLIGATOIREMENT une attestation d'assurance à votre demande d'admission)

Fait à _____, le _____
(Signature de l'assuré ou des ayants droit)

N.B. : L'ensemble des données est indispensable pour l'admission

CERTIFICAT MEDICAL

Histoire de la maladie et diagnostic résumé

Traitement médical en cours

Motif de la demande d'admission

Validité :

inscrire dans cette case
le numéro correspondant

- Acuité auditive : le malade a-t-il une prothèse auditive : OUI - NON
- Acuité visuelle : le malade a-t-il des lunettes : OUI - NON
- Autres :

- par lésions cutanées :

<u>Escarres</u> :	Localisation	Stade	Dimension
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

- par état dentaire :

- Prothèse dentaire : OUI - NON

Contexte clinique :

- cardio-vasculaire :
- ostéo-articulaire :
- pulmonaire :
- neurologique :
- digestif :
- uro-génital :
- anaphylaxie :

Autres remarques ou observations :

Cachet

A

, le
Nom et qualité du médecin signataire

Avis du Médecin Conseil

A

, le
Signature du Médecin Conseil