



DOSSIER ADMINISTRATIF DU PATIENT

(À remplir par le patient)

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Madame

Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Logement : Propriétaire Locataire Famille* Amis* Foyer*

(*Fournir une attestation d'hébergement pour ces 3 situations)

Téléphone : Mail :

Profession :

Si sans profession : Chômage Retraite Invalidité(e) AAH RSA

Situation familiale : Célibataire Marié(e) PACS Veuf(ve) Divorcé(e)

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom : Prénom :

Lien avec le patient (parent, ami(e), proche, médecin etc...) :

Téléphone :

COUVERTURE SOCIALE

Caisse d'assurance maladie (merci de joindre une attestation de droits à jour)

N° de sécurité sociale :

Caisse d'assurance sociale :

Etes-vous bénéficiaire : CMU ALD Invalidité

Mutuelle (merci de joindre une photocopie recto-verso de votre carte mutuelle)

Nom de la mutuelle :

Demandez-vous une chambre particulière (de 30 € à 55 € selon prestations) : OUI NON

(Sous réserve de nos disponibilités et de l'accord de votre mutuelle)

SERVICE SOCIAL (le cas échéant)

Avez-vous une mesure de protection ? OUI NON

Curateur Tuteur Travailleur Social

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone : Numéro de Fax :



Soins de suite et de réadaptation en addictologie
 21, Quai des violettes
 37400 AMBOISE
 Tél. 02 47 57 21 92 - Fax 02 47 57 66 54
 admissions.malvau@ elan-retrouve.org
 http://centremalvau.fr

| |
|--------------|
| Nom |
| Prénom |

PERSONNE DE CONFIANCE

Loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et co-signée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. »

Personne de confiance : Mr Mme

Tél. : Lien de parenté :

Je soussigné(e) Nom Prénom :

Né(e) le : / /

Accepte de représenter Mr ou Mme en tant que personne de confiance.

Date :

Co-Signature :

Le patient :

La personne de confiance :