



Centre de Réadaptation
DE MAURS

Route de St Cirques
15600 MAURS

☎ : 04.71.46.25.03

☎ : 04.71.46.25.04

✉ : centredereadaptation.maurs@wanadoo.fr

🌐 Site internet : www.soinsrehabpsy.fr

DOSSIER D'ADMISSION

PHOTO
Indispensable

ETAT - CIVIL

NOM
Prénom
Nom de jeune fille

👉 Joindre la copie de la carte d'identité

SITUATION DE FAMILLE

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Célibataire | <input type="radio"/> Veuf |
| <input type="radio"/> Marié | <input type="radio"/> Séparé |
| <input type="radio"/> Divorcé | <input type="radio"/> Pacsé |

Date de naissance :
Lieu de naissance :
Nationalité :
Nombre d'enfants :

N O M Prénom Date de Naissance

.....
.....
.....

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE:

👉 Remplir le formulaire de désignation de la personne de confiance joint au dossier

Adresse personnelle
☎ :
@ :

Acceptez-vous de recevoir des enquêtes et des informations :
o Oui o Non

Adresse de la famille
☎ :
@ :

Acceptez-vous de recevoir des enquêtes et des informations :
o Oui o Non

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT:

Nom: Prénom:
Lien avec le patient (parent, proche...):
Téléphone:

Avez-vous rédigés des directives anticipées ?

OUI NON

Si oui, coordonnées de la personne les détenant:

Nom: Prénom:
Téléphone:

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

REGIME OBLIGATOIRE ET COMPLEMENTAIRE:

N° Immatriculation:
👉 Joindre l'attestation de la sécurité sociale en cours de validité avec la copie de la carte vitale

Exonération ticket modérateur

- OUI, jusqu'au
 NON

PAIEMENT DU FORFAIT HOSPITALIER

- INTERESSE
 FAMILLE
 BENEFICIAIRE C.S.S
 MUTUELLE
Nom

👉 Joindre l'attestation mutuelle (Recto/Verso) en cours de validité

RESSOURCES:

OUI NON
Montant Début Fin

IND. JOURNALIERES

PENSION D'INVALIDITE

ALLOCATION A.E.E.H.

A.A.H.

ALLOC. CHOMAGE

R.S.A.

AUTRES, préciser

DECISION MDPH:

Reconnaissance en Qualité Travailleur Handicapé (RQTH):

OUI NON En cours

Si en cours date du dépôt:

👉 Si oui, joindre la copie de la notification

Adresse de la M.D.P.H:

.....
.....
.....

Allocation Aux Adultes Handicapés (AAH):

OUI NON En cours

Si en cours date du dépôt:

👉 Si oui, joindre la copie de la notification

Orientation professionnelle / hébergement:

OUI NON En cours

Si en cours date du dépôt:

👉 Si oui, joindre la copie de la notification

Nom de l'Assistante Sociale et adresse:

.....
.....
.....
.....

☎ :

@ :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE:

Nom:

👉 Joindre l'attestation de responsabilité civile en cours

PERMIS DE CONDUIRE:

OUI NON

👉 Si oui, joindre les copies du permis de conduire et l'assurance

MESURE DE PROTECTION:

OUI NON

TUTELLE

CURATELLE

SAUVEGARDE

Nom et adresse du tuteur ou curateur:

.....
.....
.....
.....

☎ :

@ :

AUTRES RENSEIGNEMENTS

La personne est-elle hospitalisée actuellement ?

OUI NON

Si oui, nom du service et de l'établissement hospitalier:

.....
.....
.....

☎ :

@ :

Nom du Médecin Psychiatre traitant et adresse:

.....
.....
.....

☎ :

@ :

Nom du Médecin Généraliste traitant et adresse:

.....
.....
.....

☎ :

@ :

FORMATIONS SCOLAIRES ET PROFESSIONNELLES

Diplômes:

Niveau d'études:

Qualification professionnelle:

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

NATURE DE L'EMPLOI
Adresse de l'employeur

DATES
DEBUT

DATES
FIN

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

NOM

Prénom

Date de naissance

Profession

PERE

MERE

FRATRIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

NATURE ET QUALITE DES RELATIONS DU CANDIDAT AVEC SA FAMILLE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ORGANISMES SOCIAUX QUI ONT CONNU LA SITUATION DE L'INTERESSE ?

.....
.....
.....
.....
.....

AUTRES PRECISIONS (si nécessaire)

.....
.....
.....
.....
.....

RECAPITULATIF DES PIECES OBLIGATOIRES EN COURS DE VALIDITE A FOURNIR (photocopies):

Obligatoire:

- Carte d'identité (recto/verso)
- Carte vitale
- Formulaire de désignation de la personne de confiance joint au dossier
- Attestation de droits en cours de validité de la sécurité sociale
- Mutuelle en cours de validité (recto / verso)
- Assurance de responsabilité civile

Si concerné:

- Notification de la MDPH pour la RQTH
- Notification de la MDPH pour l'orientation professionnelle
- Notification de la MDPH pour AAH
- Permis de conduire
- Assurance véhicule

***Suite aux dernières mesures gouvernementales et compte tenu de l'activité au sein du Village Vacances, la vaccination est obligatoire pour l'admission.
Le pass sanitaire est demandé pour les visites d'admission***

NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE AYANT REMPLI LE DOSSIER

.....
.....
.....
.....

☎:

Date:

DOSSIER À RETOURNER AVEC TOUTES LES PIECES OBLIGATOIRES (en rouge) À :

Le dossier d'admission sera traité à la réception de toutes les pièces obligatoires

**CENTRE de READAPTATION de MAURS
Secrétariat Médical
Route de St Cirgues
15600 MAURS**

RESULTATS D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES

(Sérodiagnostic, E.E.G., Scanner, etc..)

Copie de l'interprétation du dernier E.C.G.

.....
.....
.....
Historique des Traitements du patient

.....
.....
.....
VACCINATIONS

Copie des vaccinations, **OBLIGATOIRE** à son admission au Centre de Réadaptation de MAURS

POLIO	Dernier rappel le :
DIPHTERIE	Dernier rappel le :
B.C.G.	Dernier rappel le :
HEVAC C	Dernier rappel le :
TETANOS - <u>OBLIGATOIRE</u>	Dernier rappel le :

GROUPE SANGUIN

.....
ALLERGIES CONNUES

.....
CONTRE INDICATIONS MEDICAMENTEUSES

.....
REGIMES SUIVIS

.....
OBSERVATIONS PARTICULIERES

.....
.....
.....
Merci de fournir tous les éléments (compte rendu etc..) en votre possession qui indiquent l'histoire de la maladie du patient

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN PSYCHIATRE AYANT REMPLI LE DOSSIER

.....
.....
.....

☎ :

Date :

Cachet: