

DEMANDE D'ADMISSION - SERVICE D'ADDICTOLOGIE

Date de création	Date de mise à jour	Version	Référence	Pages
03/2015	04/2023	3	PARC/ADMI/ENR.12	Page 1 sur 2

Nom : Âge :

Prénom : Tél. : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

N° Sécurité sociale / _____ / _____ /

Situation sociale

- Logement :
- Protection juridique :
- Autre :

Médecin traitant :	Tél. : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /
	Fax. : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /
	Mail :
Médecin prescripteur :	Tél. : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /
	Fax. : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /
	Mail :
Spécialité :	

Motif de la demande et projet de soins :

.....

.....

.....

.....

.....

Unité d'hospitalisation initiale souhaitée

Court séjour SSR

Histoire de la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

