



DEMANDE D'ADMISSION

A REMPLIR PAR LE PATIENT

Renseignements Administratifs

M^{me} M^{elle} M. (1) Nom : Prénom :
Nom de jeune fille :
Né(e) le : / / à : Nationalité :
Adresse : N° rue
CP Ville.....
Tél. : Portable :

Situation familiale

Célibataire – Marié(e) – Séparé - Divorcé(e)– Veuf(ve) – Concubinage – PACS (1)
Nombre d'enfants :

Situation professionnelle

Profession :(1) En activité : OUI / NON

Médecin Traitant (Réfèrent)

NOM – Prénom :
Adresse :
N° de téléphone :
N° de fax :

Médecin Psychiatre (Libéral, Clinique ou Hôpital)

NOM – Prénom :
Adresse :
N° de téléphone :
N° de fax :

Couverture Sociale (Joindre les photocopies des attestations Sécurité Sociale et Mutuelle à jour des droits)

Sécurité Sociale

Nom de l'assuré :
N° d'immatriculation Sécurité Sociale :
Adresse de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie:

Mutuelle Complémentaire

N° Adhérent :
Nom de la Mutuelle ou de la Complémentaire :
Adresse de la Mutuelle :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom – Prénom : Tél. :
Adresse :
Lien de parenté ou autre :

PRECISIONS EVENTUELLES

1) Rayer les mentions inutiles
Tournez S.V.P. ⇒

Renseignements sur la demande d'admission au Centre ALPHA (Pour avis de la Commission d'Admission)

- Est-ce votre premier contact avec le Centre ALPHA ? OUI / NON (1)
- Si **NON** : ⇒ date du 1er contact : ⇒ date du séjour antérieur :
- Avez-vous déjà été hospitalisé pour dépression, tentative de suicide, toxicomanie ? **OUI / NON** (1)
- Avez-vous déjà été hospitalisé pour des sevrages, cures et postcures ? **OUI / NON** (1)
- Si **OUI** Préciser ⇒ dates, durée, lieux, établissements (*joindre les copies des comptes rendus des 2 dernières années*) :

- Consommez-vous de la drogue ? OUI / NON (1)
- Si **OUI** quel produit ? cannabis héroïne cocaïne ecstasy
 autre préciser

➤ Qu'est-ce qui motive votre demande ?

➤ Qu'attendez-vous de votre séjour au Centre ALPHA ?

➤ Renseignements complémentaires :

- Je déclare être **volontaire** pour suivre un séjour de **5 semaines**, respecter le **CONTRAT MORAL** et participer à toutes les activités au Centre Alcoologique ALPHA.
- J'ai pris connaissance de la **Prise en Charge Médico Psychothérapeutique** de l'établissement.
- Je m'engage à respecter le **Règlement Intérieur Communautaire de l'établissement**.

Fait à le

Lu et approuvé / Bon pour accord

Signature du patient

(1) Rayer les mentions inutiles

Cet exemplaire est à retourner au Centre ALPHA

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à M. Philippe LEGRAND – P.D.G.