

DEMANDE D'ADMISSION FILIÈRE RACHIS

PAGE 1/2

| **Fax :** 02 62 42 89 88

| **E1 :** sec.rf@clinique-ylangylang.mssante.fr

| **E2 :** admission@clinique-ylang.com

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : SEXE : H F

Médecin demandeur :

Tel :

Mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Adresse du domicile :	Tel:
	Mail:
Personne à prévenir :	Tel:
Numéro de sécurité sociale :	Caisse:
Mutuelle :	ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Déjà acquise
	<input type="checkbox"/> Démarche En cours
<input type="checkbox"/> CSSM <input type="checkbox"/> Accident de travail	

INFORMATIONS

<input type="checkbox"/> En activité professionnelle, profession :	<input type="checkbox"/> Non actif	<input type="checkbox"/> Retraité
<input type="checkbox"/> Accident du travail, date :	<input type="checkbox"/> Arrêt de travail, date :	

HISTOIRE CLINIQUE RESUMEE ET OBJECTIFS REEDUCATIFS

Cadre réservé à l'administration

Staff 1: Date : / / Suivi Ylang avec Dr.....

Réponse :

Consultation avec Dr..... Demande CR et examens complémentaires

Accepté → délai d'admission <1sem 2 sem 4 sem Liste d'attente

Staff 2: Date : / /

HDJ - N HC - N
 HDJ - L HC - L
 HDJ - G HC - G

**DEMANDE
D'ADMISSION
FILIÈRE RACHIS**

PAGE 2/2

ylang ylang
CLINIQUE DE RÉADAPTATION

| **Fax** : 02 62 42 89 88

| **E1** : sec.rf@clinique-ylangylang.mssante.fr

| **E2** : admission@clinique-ylang.com

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Kinésithérapie : Non Oui, depuis quand :

Examens : Radios Scanner IRM :

Conclusions : (joindre les comptes-rendus)

Infiltration rachidienne : Non Oui, date :

Avis chirurgical : Non Oui, Dr.....(joindre les comptes-rendus)

Traitements en cours :

Demande remplie par :

Le : / /

Signature :

Tampon du médecin :