

Madame, Monsieur,

Nous vous indiquons ci-dessous les démarches à effectuer pour réaliser votre demande d'admission en Hôpital de Jour (HDJ) « Surpoids et réadaptation à l'effort » :

Par votre médecin traitant ou spécialiste :

- **Effectuer une demande d'entente préalable** à adresser au médecin conseil de votre caisse d'assurance maladie, **pour les régimes agricole et indépendant.**
- **Compléter la demande d'admission** ci-jointe.

Par vous-même :

Nous retourner les éléments suivants :

- La demande d'admission (ci-jointe) complétée par votre médecin traitant.
- Copie de(s) l'ordonnance(s) de vos traitements en cours.
- Apporter copies des courriers de consultations de vos spécialistes

A la réception de votre dossier, une date vous sera proposée pour une hospitalisation de jour d'évaluation pour déterminer une prise en charge personnalisée en fonction de vos besoins.

DEMANDE D'ADMISSION
HOPITAL DE JOUR – Surpoids et réadaptation à l'effort

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

N° tél. : Adresse mail.....

Déjà suivi au sein de la clinique du Chalonnais : OUI ☐ NON ☐

Médecin traitant :

Médecin adresseur :

Programmation du séjour

Date souhaitée d'hospitalisation :

Renseignements administratifs

N° Sécurité Sociale :

Votre organisme de complémentaire santé :

N° adhérent : N° AMC :

Cadre réservé à l'établissement

Accord médical :

OUI ☐ NON ☐ Réserve ☐ Si « réserve » ou « non », motif :

Orientation sur une autre prise en charge :

OUI ☐ NON ☐ Si non, motif :

A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN

Poids Taille IMC Age

FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE :

☐ Diabète

☐ HTA

☐ Dyslipidémie

☐ Tabac actif

☐ OH

Tour de taille : ☐ Femme > 88 cm ☐ Homme > 102 cm

☐ SAS

AUTRES ANTECEDENTS MEDICAUX/CHIRURGIAUX

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

COORDONNEES DU MEDECIN ADRESSEUR :

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

Signature et cachet du médecin

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire
au 03.85.47.13.39