



Demande préalable d'admission

Dossier à renseigner par le médecin psychiatre référent ou de secteur

Demande d'admission concernant :

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Psychiatre adresseur :

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Téléphone :

Mail :

Merci de joindre un courrier du psychiatre référent.

Condition d'admission

Pour assurer dans les meilleurs conditions la continuité des soins de votre patient nous avons besoin que vous vous engagiez à ré-accueillir le patient en hospitalisation complète au terme de son séjour à la Chesnaie. Aussi, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document d'engagement

Engagement :

Je, soussigné(e), Dr , chef de service de
M'engage à assurer la continuité des soins de Mr ou Mme sur son secteur à la sortie de la clinique de Chailles.

A

Le

Signature et cachet