

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## PATIENT

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Portable : .....

Mail : .....

Profession : .....

Situation familiale : .....

Nationalité : .....

**Position juridique**
 Tutelle     Curatelle     Capable Majeur

Nom du référent : .....

Adresse complète : .....

.....

Téléphone : .....

## ASSURÉ

 L'assuré est le patient

 L'assuré n'est pas le patient  
 (dans ce cas veuillez renseigner ce qui suit)

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

## CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° Sécurité Sociale : .....

Caisse : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

 CMU :  Oui     Non

## MUTUELLE

Nom : .....

N° Adhérent : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

DATE : .....

SIGNATURE : .....

## LES PROFESSIONNELS QUI VOUS ACCOMPAGNENT

### VOTRE MÉDECIN TRAITANT

*Il s'agit du médecin que vous avez déclaré à votre caisse d'assurance maladie*

*(Déclaration de choix du Médecin traitant Cerfa n° 12485\*1).*

- Aucun  
 Généraliste  
 Spécialiste (spécialité : \_\_\_\_\_)  
Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

### VOTRE MÉDECIN ADRESSEUR

*Il s'agit du médecin qui vous a adressé dans notre établissement.*

- Est-il votre médecin référent (auprès de la Sécurité Sociale) ?  Oui  Non  
Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

### VOTRE PHARMACIE DE RÉFÉRENCE

*Il s'agit de la pharmacie à laquelle vous vous adressez le plus régulièrement.*

- Nom de la Pharmacie : \_\_\_\_\_  
Nom du Pharmacien : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

### AUTRE PROFESSIONNEL 1

*Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients*

- Spécialité : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

### AUTRE PROFESSIONNEL 2

*Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients*

- Spécialité : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

### AUTRE PROFESSIONNEL 3

*Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients*

- Spécialité : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_