



**RENNES**

Courrier à retourner à

**CLINIQUE SAINT YVES**  
**Infirmière des admissions**  
4 Rue Adolphe Leray  
CS 54435  
**35044 RENNES CEDEX**

## DEMANDE D'ADMISSION INFORMATIONS PREALABLES A ETUDE DE DOSSIER

Vous souhaitez adresser un patient pour un séjour à la Clinique Saint-Yves. Afin de nous permettre d'étudier le dossier du patient, merci de renseigner ce document de manière exhaustive. Pour information, **toute demande incomplète ne pourra être étudiée.**

### Identité du médecin adresseur

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Fax : .....  
Adresse email : .....

### Identité du patient

NOM : ..... Adresse personnelle : .....  
NOM de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Code postal : ..... Ville : .....  
Date de naissance : ..... Téléphone portable : .....

### Informations médicales

**Motif de la demande d'admission :** .....

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

**Taille :** ..... **Poids :** ..... **IMC :** .....

**Antécédents médicaux, merci de préciser si TCA, pathologie psychologique et/ou psychiatrique :** .....

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

