

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION EN HÔPITAL DE JOUR DE RÉADAPTATION EN NUTRITION

A compléter par le patient, à signer et à nous renvoyer à l'adresse postale :

*Hôpital de proximité de Paimpol – HDJ de réadaptation en nutrition – 36 chemin de Kerpuns – CS 20091 -
22 501 PAIMPOL Cedex ou à l'adresse mail : secretariat.ssr-nutrition.paimpol@armorsante.bzh*

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Nationalité : _____

Date de naissance : ___/___/___ Lieu de naissance : _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e)-pacsé(e)-en union libre

Veuf-veuve Séparé(e) – divorcé(e)

N° de sécurité sociale : _____ Caisse de rattachement : _____

Adresse du Patient : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Email : _____ Profession : _____

Documents à fournir :

- ✓ Photocopie de la pièce d'identité
- ✓ Photocopie de la carte de mutuelle

Cadre réservé à l'établissement :

Reçu le : ___/___/___

Validé le : _____ Par : _____

Pré-admission prévue le : _____

Signature : _____

Signature obligatoire :