

# Formulaire d'admission ambulatoire en réadaptation musculo-squelettique

## I - Données du patient

**COLLER ICI L'ÉTIQUETTE DU PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_  F  M Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Etat civil : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
NPA/Lieu : \_\_\_\_\_ N° tél. : \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Assurance de base : \_\_\_\_\_ N° de l'assuré : \_\_\_\_\_  
Assurance complémentaire : \_\_\_\_\_ N° de l'assuré : \_\_\_\_\_  
Catégorie :  Maladie  Accident  Autre

## II - Questions au médecin prescripteur

A) Date d'entrée souhaitée : \_\_\_\_\_ Durée du séjour : \_\_\_\_\_ Jours

B) Diagnostics (raisons du traitement) :

C) Diagnostics concomitants :

E) Traitements suivis à ce jour:

### Timbre du médecin prescripteur

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Téléphone du médecin prescripteur: \_\_\_\_\_