

FORMULAIRE DE PRÉ-ADMISSION

À nous retourner par mail, fax ou par courrier

Clinique OMEGA

6 rue Simon Pernic

97420 LE PORT

Tel : 02 62 420 430

Fax : 02 62 57 63 97

cliniqueomega@cliniqueomega.com

Formulaire à nous retourner avec les documents suivants :

- Attestation d'assurance maladie à jour
- Photocopie recto-verso de la pièce d'identité
- Photocopie recto-verso de la carte mutuelle
- Justificatif d'adresse (à votre nom, de moins de trois mois)
- Semainier alimentaire (à compléter sur une semaine)

Nom : _____ **Prénom(s) :** _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : ____/____/____, lieu de naissance : _____

Situation : célibataire, marié.e, pacsé.e, en concubinage

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Personne à prévenir en cas de nécessité : Nom : _____ Prénom(s) : _____

Lien de parenté avec le patient : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Médecin traitant : Nom : _____ **Médecin adresseur :** Nom : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Je souhaite que mon médecin traitant reçoive les courriers médicaux de la Clinique Omega : Oui Non

Je souhaite que mon médecin adresseur reçoive les courriers médicaux de la Clinique Omega : Oui Non

Régime Obligatoire (Centre de sécurité sociale)

Nom de l'assuré.e, si différent : _____ N° d'immatriculation : _____

Caisse : _____ Adresse : _____

Bénéficiez-vous : **ALD** : Oui Non

CMU : Oui Non

Mutuelle complémentaire

N° adhérent : _____

Nom : _____ Adresse : _____

Téléphone fixe : _____ Fax : _____

Votre séjour nécessite une demande de prise en charge de votre mutuelle, merci de vous renseigner auprès de votre organisme complémentaire en leur spécifiant : **le numéro Finess 974 0 40565 – 0 et le code DMT 627** ainsi que notre N° de fax 02 62 57 63 97 afin d'obtenir une garantie écrite avant votre admission.

A ce jour, la partie complémentaire est de **39,23 euros**.

J'ai pris connaissance de ces informations le : ____/____/____

Signature :

FORMULAIRE DE PRÉ-ADMISSION

À nous retourner par mail, fax ou par courrier

Clinique OMEGA

6 rue Simon Pernic

97420 LE PORT

Tel : 02 62 420 430

Fax : 02 62 57 63 97

cliniqueomega@cliniqueomega.com

Formulaire médical complété par le médecin traitant ou

spécialiste, à nous retourner avec les documents suivants :

- Bilans sanguins
- Ordonnance médicaments
- Avis cardiologique

Homme Femme

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Téléphone : _____

Poids : _____ Taille : _____

IMC : _____ (*si > 40 : avis cardiologique obligatoire*)

MOTIF DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DE LA CLINIQUE OMEGA :

Obésité (*IMC >30 ou >27 avec HTA, Diabète, Troubles du comportement alimentaire ou autres maladies métaboliques*)

Rééducation et réadaptation nutritionnelle, sur 20 jours

Éducation du patient en parcours de pré chirurgie bariatrique, sur 1 semaine

Rééducation et réadaptation nutritionnelle du patient en post chirurgie bariatrique, sur 20 jours

Diabète (*quelque soit l'IMC*)

Rééducation et réadaptation nutritionnelle, sur 20 jours

Éducation du patient diabétique, sur 1 semaine

Pose de pompe à insuline en ambulatoire et/ou holter glycémique

Diabète gestationnel

Rééducation et réadaptation nutritionnelle des Insuffisants Rénaux Chroniques (*à partir du stade 3b*) sur 1 semaine

CERTIFICAT DE SPORT :

Le(a) patient.e ne présente pas de contre-indication à la pratique d'une Activité Physique Adaptée

Le(a) patient.e présente une contre-indication à la pratique d'une Activité Physique Adaptée

ECG : Oui Non Date : _____ Résultats : _____

Autres informations : _____

Troubles de nature à gêner la vie en collectivité : Oui Non

Cachet du médecin (obligatoire)

Signature du médecin (obligatoire)