



**CLINIQUE
BELMONT**

Traitement des addictions
et des troubles alimentaires

DEMANDE D'ADMISSION À LA CLINIQUE BELMONT

À ADRESSER AU SERVICE MÉDICAL :

26, Route de Chêne, 1207 Genève, ou 8, Chemin du Clos Belmont, 1207 Genève

Tél. : + 41 22 735 78 11 - Fax : + 41 22 735 10 55

COORDONNÉES DU PATIENT (ENFANT)

Nom:	Prénom:
Nom (parent):	Prénom (parent):
C/o:	
Adresse:	
Code postal:	Ville:
Pays:	Date de naissance:
Email (parent):	Tél (parent):
Assurance: <input type="radio"/> Base <input type="radio"/> ½ Privé <input type="radio"/> Privé	N° assuré:

DONNÉES MÉDICALES

Nom du médecin traitant: _____

Nom du médecin faisant la demande: _____

Date d'entrée souhaitée: _____

Le patient sera suivi par son médecin: Oui Non

LE PATIENT DOIT SE PRÉSENTER AVEC SON TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Diagnostique: _____

Antécédents personnels: _____

Objectif d'hospitalisation: _____

Traitement actuel: _____

Durée du séjour souhaitée et/ou prévue: _____

Genève, le

Signature: