

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | |

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

#### Position juridique

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Capable Majeur

Nom du référent : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### ASSURÉ

☐ L'assuré est le patient

☐ L'assuré n'est pas le patient  
(dans ce cas veuillez renseigner ce qui suit)

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | |

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

CMU : ☐ Oui ☐ Non

### MUTUELLE

Nom : \_\_\_\_\_

N° Adhérent : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

## LES PROFESSIONNELS QUI VOUS ACCOMPAGNENT

### VOTRE MÉDECIN TRAITANT

*Il s'agit du médecin que vous avez déclaré  
à votre caisse d'assurance maladie*

*(Déclaration de choix du Médecin traitant Cerfa n° 12485\*1).*

☐ Aucun  
☐ Généraliste  
☐ Spécialiste (spécialité : \_\_\_\_\_)  
Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

### VOTRE MÉDECIN ADRESSEUR

*Il s'agit du médecin  
qui vous a adressé dans notre établissement.*

Est-il votre médecin référent  
(auprès de la Sécurité Sociale) ? ☐ Oui ☐ Non

Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

### VOTRE PHARMACIE DE RÉFÉRENCE

*Il s'agit de la pharmacie à laquelle vous vous adressez  
le plus régulièrement.*

Nom de la Pharmacie : \_\_\_\_\_  
Nom du Pharmacien : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

### AUTRE PROFESSIONNEL 1

*Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien,  
Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients*

Spécialité : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

### AUTRE PROFESSIONNEL 2

*Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien,  
Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients*

Spécialité : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

### AUTRE PROFESSIONNEL 3

*Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien,  
Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients*

Spécialité : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_