DOSSIER D’ADMISSION

**A compléter par un professionnel de la santé**

Le patient marque son consentement au partage d’informations personnelles et confidentielles entre professionnels de la santé dans le cadre de sa demande d’admission.

□ Oui □ Non

**COORDONNÉES DU PATIENT**

NOM du patient :

PRENOM du patient :

Sexe : M □ F □

Nationalité :

Lieu et date de naissance :

Numéro national :

Adresse légale :

Langue :

**COORDONNÉES DU DEMANDEUR**

Identification du demandeur :

□ patient □ médecin □ service social □ autre

NOM et PRENOM :

Téléphone :

Email :

**SITUATION SOCIALE :**

* **Ressources :**

□ CPAS. Lequel ?

□ SPF

□ Autres à préciser :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX/PSYCHIATRIQUES**

Diagnostic (si établi) : ……………………………………………………………………

Présence d'un handicap ou de séquelles lourdes entravant les activités de la vie journalière (cécité, paralysie, épilepsie non-stabilisée...) : ......................................

**SITUATION JURIDIQUE**

Administrateur provisoire de biens : □ oui □ non

\* Coordonnées de l’administrateur :

**RENSEIGNEMENTS JUDICIAIRES**

Avocat :

Assistant de Justice :

Psychiatre de Tutelle :

Equipe Mobile :

Documents à fournir et à envoyer à [virginie.debaeremaeker@silva-medical.be](mailto:virginie.debaeremaeker@silva-medical.be)

□ Expertise

□ Rapport SPS

□ Exposé des faits

□ Jugement

□ Feuille de traitement