

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION  
HÔPITAL DE JOUR EN SANTE MENTALE EPIONA**

**DOSSIER ADMINISTRATIF  
(A remplir par le patient)**

*Le dossier doit être complètement rempli puis adressé au service Admission de l'HDJ EPIONA :*

- soit par mail : [contact@hdjepiona.com](mailto:contact@hdjepiona.com)
- soit par fax au : 04-92-97-71-31
- soit par courrier à : HDJ en santé mentale EPIONA – 2344 RTE DE LA FENERIE – 06530 PEGOMAS-  
tél : 04-92-97-71-30

Date d'hospitalisation souhaitée : .....

Date de la demande : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone Portable : ..... Fixe : .....

Email : .....

Le patient a-t-il déjà bénéficié d'un suivi en HDJ :     OUI         NON

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Nom de la caisse de sécurité sociale : .....

Organisme complémentaire de santé (mutuelle) : .....

Numéro d'adhérent : .....

Tel : .....

Fax : .....

**Situation de famille :**

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

**Mesure de Protection :**  OUI  NON

Si oui :  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Autre :

Noms et coordonnées des personnes mandatées : .....

Téléphone : ..... Email : .....

**Personne à prévenir (Nom, prénom, téléphone, lien) :** .....

- Joindre impérativement les documents suivants :**
- **Attestation de sécurité sociale**
  - **Copie recto verso carte mutuelle**
  - **Carte d'identité ou passeport ou carte de séjour**
  - **Jugement de tutelle ou curatelle le cas échéant**

*Merci de nous communiquer tout changement de situation en cours de séjour*

Signature patient :

**Demande reçue le :**

**Date de validation :**

**Date d'admission :**