



Demande de réhabilitation

Veuillez envoyer ce document par mail à « demande.rehabilitation@chnp.lu »

Demandeur

Hôpital de provenance : _____

Autre Provenance : _____

Nom du Médecin : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de Fax : _____

Adresse électronique : _____

Signalétiques et informations du (de la) patient(e)

Matricule nationale : _____

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Date de l'admission dans l'Hôpital demandeur (en cas d'hospitalisation libre ou de mise en observation en vue d'un placement): _____

Orientation / Mode d'hospitalisation

Hospitalisation libre

Placement médical

Ordonnance de Placement Oui

Non

Date de l'ordonnance de Placement : _____

Merci de nous faire parvenir la copie de l'ordonnance de placement au préalable.

Situation sociale du (de la) patiente(e)

Caisse de maladie Oui

Non



Logement Oui
 Non

Revenu Oui
 Non

Tutelle/Curatelle/Sauvegarde de justice Oui
 Non

Médecin généraliste Oui
 Non

Diagnosics (Psychiatrique et somatique) selon ICD-10

Troubles cliniques _____ *
 _____ *
 _____ *

Troubles personnalité / Retard mental _____ *
 _____ *
 _____ *

Affections somatiques _____ *
 _____ *
 _____ *

**Définir un axe principal*

Plan - Objectif de réhabilitation / réadaptation

Remarques

Veillez nous envoyer ce document dûment rempli et signé.

En vue de la planification d'un entretien préliminaire/d'une hospitalisation libre ou sous placement nous vous prions de nous faire parvenir au préalable les résultats d'examens/résultats d'analyses effectués récemment, respectivement les rapports médicaux/de sortie et traitements médicamenteux en relation avec les diagnostics psychiatriques/somatiques énoncés ci-dessus. Ceci permettra une évaluation plus adaptée de votre patient(e).

Merci d'avance pour votre précieuse collaboration.

Date : _____

Signature : _____