

**FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION HOPITAL DE JOUR  
A RETOURNER SOUS 24h**

**Formulaire à retourner à la Clinique MIRAMBEAU**  
22 avenue de Maignon  
64600 ANGLET

**Téléphone : 05.59.52.33.00**  
**Télécopie : 05.59.63.00.60**

**Mail : [hdj.mirambeau@orange.fr](mailto:hdj.mirambeau@orange.fr)**

**NOM :** ..... **NOM DE JEUNE FILLE :** .....  
Prénoms : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... **VILLE :** .....  
Téléphone : ..... **Portable :** .....  
Adresse mail : .....  
Date de naissance : ..... **Lieu de naissance :** .....

**Personne à prévenir en cas de nécessité :** .....  
**NOM :** ..... **Prénoms :** .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... **VILLE :** .....  
Téléphone : .....

**Etes-vous sous protection juridique ?**  OUI  NON  
 Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  
 Autres (préciser) : .....  
**NOM et PRENOMS du tuteur/curateur :** .....

**NOM du médecin Traitant :** ..... **Téléphone :** .....  
Adresse : .....

**NOM du Psychiatre :** ..... **Téléphone :** .....  
Adresse : .....

**Sécurité sociale**

**Nom caisse :** ..... **Mutuelle Complémentaire**  
**N° Immatriculation :** ..... **N° Adhérent :** .....

**CMU :**  OUI  NON **Nom de la mutuelle :** .....  
**ALD (100%) ou Invalidité :**  OUI  NON **Adresse et téléphone :** .....

Merci de nous retourner le formulaire par mail, fax ou courrier avec les documents suivants :

- une attestation d'assurance maladie à jour ou photocopie de la carte vitale,
- une photocopie de la carte d'adhérent mutuelle (recto/verso)
- une photocopie de votre pièce d'identité (recto/verso)

Merci de vous munir de : votre carte vitale, votre carte mutuelle et d'une pièce d'identité.