

**DEMANDE de PRISE en CHARGE**

**En Hôpital de Jour Gériatrique**

**CONCARNEAU**

**A remplir par le médecin adresseur et à joindre au courrier médical**

**Date de la demande :**

**Médecin adresseur :**

**Patient :**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse du domicile :

Téléphone : Adresse mail :

Personne référente et Numéro de téléphone :

**Motif d’entrée** :

**Antécédents médicaux** :

**Mode de vie et Etayage des aides à domicile** :

**Traitement en cours :**

Ce document est à remplir et à nous retourner par mail ([sm.mmscc@ch-cornouaille.fr](mailto:sm.mmscc@ch-cornouaille.fr))

ou par fax (02-98-52-68-71)