



**CLINIQUE  
BELMONT**

Traitement des addictions  
et des troubles alimentaires

## DEMANDE D'ADMISSION À LA CLINIQUE BELMONT

À ADRESSER AU SERVICE MÉDICAL :

26, Route de Chêne, 1207 Genève, ou 8, Chemin du Clos Belmont, 1207 Genève

Tél. : + 41 22 735 78 11 - Fax : + 41 22 735 10 55

### COORDONNÉES DU PATIENT

Nom: ..... Prénom: .....

C/o: .....

Adresse: .....

Code postal: ..... Ville: .....

Pays: ..... Date de naissance: .....

Email: ..... Tél: .....

Assurance:  Base  ½ Privé  Privé N° assuré: .....

### DONNÉES MÉDICALES

Nom du médecin traitant: .....

Nom du médecin faisant la demande: .....

Date d'entrée souhaitée: .....

Le patient sera suivi par son médecin:  Oui  Non

### LE PATIENT DOIT SE PRÉSENTER AVEC SON TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Diagnostique: .....

Antécédents personnels: .....

Objectif d'hospitalisation: .....

Traitement actuel: .....

Durée du séjour souhaitée et/ou prévue: .....

Genève, le

Signature: