

*Merci de signer cette demande selon votre accord*

PATIENT-E	
Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Adresse : .....
	.....

SEJOUR EN UATR	
Date d'entrée : .....	Date de sortie : .....

DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE D'ADMISSION
<input type="checkbox"/> Prescription / mandat médical LAMAL (selon modèle)
<input type="checkbox"/> Ordonnance médicale datée et signée

**INFORMATION : le médecin traitant est accessible pour assurer le suivi de son patient durant son séjour en UATR.** Le cas échéant, merci de nous préciser les coordonnées de votre remplaçant.

.....

*Date, nom, signature et tampon du médecin*

**Cette demande est à faxer au service des admissions de La Résidence La Louvière, au numéro : 022/759.99.61**