



RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL UATR

*A remplir par le médecin traitant ou hospitalier et à renvoyer sous pli fermé
à l'attention de Jenny Milevoj*

Nom, Prénom du patient:

Date de naissance :

Domicilié à :

Médecin traitant habituel :

Nom, Prénom :

Adresse :

Tél. :

Tél. en cas d'urgence :

E-mail :

En cas d'urgence lors du séjour en UATR, si le médecin traitant n'est pas joignable, l'EMS Les Charmettes contactera dans l'ordre, le médecin répondant, puis Genève Médecins.

Demande de séjour en UATR :

Motif de la demande:

Durée du séjour: du

au



Les Charmettes
Etablissement médico-social

Antécédents personnels et hospitalisations (allergies, problèmes cardiovasculaires, problèmes pulmonaires) ?

Diagnostics actuels ?

Traitements en cours : merci de joindre une copie de la dernière ordonnance en cours

Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ?

Date :

Timbre et signature :