

	<b>Formulaire d'enregistrement</b> <b>Demande d'un tiers en vue d'une admission en soins</b> <b>psychiatriques</b> <i>Visée aux art. L3212-1 et L3212-3 du code de la Santé Publique</i>	<b>FE-PAP-002 V 002</b>
		Nb de pages 1
		Date d'application : 13/11/2020

Nom (Mme, Melle, M.).....

Prénoms .....

Né(e) le .....

Demeurant à : voie/lieu-dit .....

Code Postal..... Ville.....

Tel .....

Mail : .....

Demande manuscrite ci-dessous

« Sollicite l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges »

.....

.....

**De**

NOM (Mme, Melle, M.).....

Prénoms.....

Né(e) le .....

Demeurant à : voie/lieu-dit .....

Code Postal..... Ville .....

Qui est .....

*Indiquer la nature des relations qui existent entre vous et la personne pour qui vous demandez l'hospitalisation et, s'il y a lieu, précisez votre degré de parenté avec elle*

A..... Le .....

Signature

Partie renseignée par le service ambulancier ou l'unité de soins, le cas échéant

	Nature de la Pièce d'identité produite	N°, date et lieu de délivrance ou joindre photocopie
Demandeur		
Patient		

**NB : Cette demande doit être entièrement manuscrite par la personne qui la signe**

Les informations recueillies par le CH Esquirol sont enregistrées sur un fichier informatisé afin de garantir la qualité de l'accueil, du traitement et des soins. Les données collectées sont confidentielles. Elles sont conservées aussi longtemps que nécessaire et dans le respect de la réglementation en vigueur. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation de leur traitement en adressant une demande motivée à l'adresse [rgpdp@ch-esquirol-limoges.fr](mailto:rgpdp@ch-esquirol-limoges.fr). Pour plus d'information sur vos droits, vous pouvez consulter le site [cnil.fr](http://cnil.fr)