



# FORMULAIRE MEDICAL POUR ADMISSION DES PATIENTS ETRANGERS

Service *Department* : .....

Nom du médecin *Doctor's name* : .....

Numéro de téléphone *Phone number* : .....

Nom du patient *Patient's name* : .....

Nom marital *Married name* : .....

Prénom *First name* : .....

Date de naissance *Birth date* : .....

Nationalité *Nationality* : .....

Motif de l'hospitalisation *Reason for hospitalization* : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Séjour *Stay* du *from* ..... au *to* .....  
(sous réserve de complication, prévoir + 2 jours *Under reserve of complications, allow + 2 days*).

UF de consultation :

Anesthésie	Consultation	Consultation	Consultation	Consultation
UF .....	UF .....	UF .....	UF .....	UF .....

Fait à Montpellier, le *Done in Montpellier, date* : .....

Signature du médecin *Signature of the doctor* :