

Centre Ellipse  
19 rue du Fossé des Treize  
67000 STRASBOURG  
Téléphone : 03 88 85 99 50  
Fax : 03 67 34 34 84  
[centre-ellipse@medical67.apicrypt.org](mailto:centre-ellipse@medical67.apicrypt.org)  
[secretariat@centre-ellipse.fr](mailto:secretariat@centre-ellipse.fr)

**Demande d'inclusion au Centre Ellipse**  
**Santé mentale**

Date :

Bonjour,

Je vous prie de bien vouloir inclure au Centre Ellipse :

NOM : Prénoms :  
Né.e le : Sexe  
Téléphone :  
Adresse :  
Courriel : @

**Médecin traitant** : Dr.

**Indications pour l'inclusion au Centre Ellipse:**

- Episode dépressif caractérisé
- Trouble anxieux
- Stress et stress post traumatique
- Symptômes psychosomatiques (somatoformes)

**Ses antécédents médicaux sont :**

**Le patient suit le ou les traitements suivants :**

Prescripteur : Nom :

Prénom :

Signature