

PRIÈRE DE RECEVOIR (à remplir par la secrétaire médicale)

Date d'entrée : / / à H

Pour le service : Ambulatoire Hospitalisation Maternité

Motif d'hospitalisation :

Médecin responsable de l'hospitalisation :

Fait à : Le : / / (Signature du médecin)

(PARTIE À DÉCOUPER ET À INSÉRER DANS LE DOSSIER PATIENT)

EN ADM 071 ad



PRÉ ADMISSION n°

N° WEP

DOCUMENT A REMPLIR PAR LE PATIENT

**A REMETTRE à l'Hôtesse de l'Accueil principal APRES VOTRE CONSULTATION AVEC LE CHIRURGIEN,
AFIN D'ETABLIR VOTRE DOSSIER D'ADMISSION,**

Muni(e) de votre CARTE D'IDENTITE, CARTE VITALE et CARTE DE MUTUELLE.

Nom : Prénom : Sexe : M F

Nom de Jeune fille : Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_| À :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville :

Tél : |_|_|_|_|_|_|_| Port. : |_|_|_|_|_|_|_|

Mail :@.....

Nom du médecin traitant : Ville d'exercice :

Envoyé(e) par le Docteur : (si différent du médecin traitant)

Situation juridique : Tutelle Curatelle

NOM du tuteur ou curateur : Tél : |_|_|_|_|_|_|_|

En fonction des disponibilités, lors de votre entrée, souhaitez de :

> **Hospitalisation :** ♦ **Chambre particulière** (TV & wifi inclus) OUI NON
CONFORT 79 € OUI NON

♦ **Lit accompagnant** (Nuit + petit déjeuner)
CONFORT 29 € OUI NON
GRAND CONFORT 110 € OUI NON GRAND CONFORT 42 € OUI NON

> **Ambulatoire :** ♦ **Chambre particulière** en retour de Bloc Opératoire
50 € (CP Hôtelier, TV & wifi inclus) OUI NON (A défaut accueil en salon)

Le patient est l'assuré :

Profession : N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Caisse de : Mutuelles :

Nom et adresse de l'employeur :

Si accident de travail, date : |_|_|_|_|_|_|_|

Le patient n'est pas l'assuré :

Nom de l'assuré : Lien de parenté : Prénom : Sexe : M F

Nom de Jeune fille : Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_| À :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville :

Tél : |_|_|_|_|_|_|_| Port. : |_|_|_|_|_|_|_|

Mail :@.....

Profession : N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Caisse de : Mutuelles :

Nom et adresse de l'employeur :

Personne à prévenir :

Nom : Lien de parenté : Prénom :

Tél : |_|_|_|_|_|_|_| Port. : |_|_|_|_|_|_|_|