CLINIQUE SAINTE ANNE - FICHE DE PRE-ADMISSION

*(à remplir entièrement et à remettre au secrétariat d'anesthésie)*

**Apporter à l'anesthésiste l'ordonnance des traitements en cours**

A noter : pas de tiers payant pour la consultation, vous devez faire l'avance.

- Votre carte vitale à jour,
- Votre attestation de mutuelle en cours de validité, ou votre attestation de CMU à jour
- Une carte d'identité ou passeport du bénéficiaire des soins (ou livret de famille pour les enfants).

## PERSONNE HOSPITALISEE

**NOM DE NAISSANCE** : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**NOM D'USAGE** (Epouse, veuve, ...) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

PRENOM : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _    NE(E) LE : _ _ _ _ _ _ _ _

ADRESSE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CODE POSTAL : _ _ _ _ _    VILLE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

TELEPHONE PERSONNEL **OBLIGATOIRE** (**vous recevrez un appel la veille de votre intervention en si votre séjour est en Ambulatoire)** :

Domicile /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/    Portable /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/

**SI ENFANT OU CONJOINT RATTACHE** :

**NOM ET PRENOM DE L'ASSURE** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

***S'agit-il d'un ACCIDENT DU TRAVAIL*** : Oui, date de l'accident du travail : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/    NON

**Adresse mail** : **IMPORTANT** (Le renseignement de ce champ vaut consentement à participation à notre enquête de satisfaction des patients hospitalisés E-SATIS, dispositif national/Le lien pour se connecter au questionnaire vous sera transmis par mail)

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ @ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ETES-VOUS SOUS : ☐ Tutelle* ☐ Curatelle* (Dans les 2 cas joindre une copie du jugement)

## PERSONNE A PREVENIR

NOM _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _    PRENOM _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

LIEN DE PARENTE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ADRESSE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CODE POSTAL : _ _ _ _ _ _    VILLE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Domicile /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/    Portable /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/

***ATTENTION : si la personne hospitalisée est sous tutelle (mineur ou majeur protégé), contacter le service des pré admissions**

## VOTRE SEJOUR

**LE NOM DU CHIRURGIEN ou MEDECIN** : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**LE NOM DE VOTRE MEDECIN TRAITANT** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**VOUS ALLEZ ETRE HOSPITALISE(E) LE :** ............................................... à .................... h ....................

VOTRE TYPE DE SEJOUR : ☐ AMBULATOIRE (1/2 journée ou 1 journée) ☐ HOSPITALISATION complète

***COCHER LE TYPE DE CHAMBRE SOUHAITE (en fonction des disponibilités)***

☐ **CHAMBRE A 2 LITS** ☐ **CHAMBRE SEULE**: Ambulatoire 30€ / Hospitalisation 69€ par jour

**HOSPITALISATION COMPLETE :** Si nous n'avons pas reçu l'accord de prise en charge pour la chambre seule le jour de votre entrée une caution vous sera demandée par les admissions ; votre dossier sera régularisé dès réception de cet accord

**AMBULATOIRE :**

Si nous n'avons pas reçu l'accord de prise en charge de votre mutuelle oui si vous ne cotisez pas vous devrez vous acquitter du supplément de la chambre seule **au moment de votre entrée à la clinique, une facture vous sera remise à la sortie**

***POUR TOUS RENSEIGNEMENTS, CONTACTER LE SERVICE DES PREADMISSIONS***

☎ : Tèl: 05 57 98 05 90    Fax: 05 57 98 05 25    Mail: preadmission@clinique-sainte-anne.fr