CLINIQUE SAINTE ANNE - FICHE DE PRE-ADMISSION

(A compléter entièrement et à remettre au secrétariat d'anesthésie)

APPORTER : Carte vitale +attestation mutuelle à jour + Pièce identité (carte identité ou passeport ou livret famille pour les enfants)

PERSONNE HOSPITALISEE

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

PRENOMS : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **NE(E) LE** : _ _ _ _ _ _ _ _ _ **DEPARTEMENT NAISSANCE** _ _ _

ADRESSE domicile : _

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)

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

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**

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

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** ☐ Ambulatoire 60€ ☐ Hospitalisation 99€* ☐ Hospitalisation 119€* ☐ Hospitalisation 149€*
*par jour y compris jour d'entrée et jour de sortie

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

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

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS, CONTACTER LE SERVICE DES PREADMISSIONS

☎ : Tèl: 05 57 98 05 20 Fax: 05 57 98 05 25 Mail: admissions@clinique-sainte-anne.fr