Polyclinique Saint-Roch

43, rue du Faubourg Saint-Jaumes
CS 39001
34967 Montpellier Cedex 2

Tél.: 0 826 888 882*
Fax : 04 67 61 88 99

Formulaire de pré-admission

A compléter et à rendre le jour de votre consultation pré-anesthésique

Etiquette patient

Réservé à l'établissement

PATIENT

NOM
NOM DE JEUNE FILLE
PRÉNOM
ADRESSE
CODE POSTAL VILLE
TÉL. PORT.
NÉ(E) LE À
AUTRES PRÉCISIONS
PROFESSION
EMPLOYEUR

ASSURÉ

❍ L'assuré est le patient *(ne pas remplir ce qui suit)*
❍ L'assuré n'est pas le patient *(remplir ce qui suit)*

NOM
NOM DE JEUNE FILLE
PRÉNOM
ADRESSE
CODE POSTAL VILLE
TÉL. PORT.
NÉ(E) LE À
PROFESSION

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° SS
CAISSE
ADRESSE
CODE POSTAL
VILLE

CMU ❍ OUI ❍ NON

MUTUELLE

MUTUELLE
N° ADHÉRENT
ADRESSE
CODE POSTAL
VILLE
TÉL.

HOSPITALISATION

NOM DU MÉDECIN TRAITANT DÉCLARÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE
NOM DU CHIRURGIEN OU DU SPÉCIALISTE
DATE D'ENTRÉE PRÉVUE LE DURÉE PROBABLE DU SÉJOUR

❍ HOSPITALISATION COMPLÈTE ❍ ACTES AMBULATOIRES ❍ OBSTÉTRIQUE

Personne à prévenir :

NOM PRÉNOM
PARENTÉ TÉL. PORT.

Le jour de votre entrée, vous devez obligatoirement remettre au bureau des admissions :

- LE FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DÛMENT COMPLÉTÉ
- LE DOCUMENT QUE VOUS A REMIS LE CHIRURGIEN ATTESTANT DE VOTRE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Chambre :

❍ CHAMBRE DOUBLE (sans supplément)
❍ CHAMBRE PARTICULIÈRE AVEC LIT D'APPOINT (supplément : 60 € / jour)
❍ CHAMBRE PARTICULIÈRE CONFORT AVEC 2 LITS (supplément : 68 € / jour)

Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée.

A MONTPELLIER, LE

SIGNATURE
DU PATIENT :

E285P * 0,15€/min