Oc Santé

CLINIQUE **CLÉMENTVILLE**
Médecine - Chirurgie - Obstétrique

25, rue de Clémentville - 34070 Montpellier
Tél. : 04 67 06 70 00 - Fax : 04 67 06 70 01
e-mail : info@clinique-clementville.fr

Formulaire de pré-admission

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

PATIENT

NOM .....
NOM DE NAISSANCE .....
PRÉNOM .....
ADRESSE .....
CODE POSTAL ..... VILLE .....
TÉL. ..... PORT. .....
MAIL ..... @ .....
NÉ(E) LE ..... À .....
PROFESSION .....

ASSURÉ

Si le patient n'est pas l'assuré veuillez noter :

NOM .....
PRÉNOM .....

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° SS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
RÉGIME OBLIGATOIRE .....
ADRESSE .....
CODE POSTAL .....
VILLE .....
CMU (COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE) ❍ OUI ❍ NON
ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE ❍ OUI ❍ NON
DATE : ..... EMPLOYEUR : .....
ADRESSE : .....
ALD EN RAPPORT AVEC L'HOSPITALISATION ❍ OUI ❍ NON

MUTUELLE (COMPLÉMENTAIRE)

MUTUELLE .....
N° ADHÉRENT .....
ADRESSE .....
CODE POSTAL .....
VILLE .....
TÉL. ..... FAX .....

RENSEIGNEMENTS LIÉS AU SÉJOUR

NOM DU MÉDECIN TRAITANT RÉFÉRENT DÉCLARÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE .....
TÉL. ..... FAX ..... VILLE .....
NOM DU CHIRURGIEN OU DU GYNÉCOLOGUE À LA CLINIQUE CLÉMENTVILLE .....
DATE D'ENTRÉE PRÉVUE LE ..... À ..... HEURES
❍ HOSPITALISATION COMPLÈTE ❍ ACTES AMBULATOIRES ❍ OBSTÉTRIQUE

Personne à prévenir :

NOM ..... PRÉNOM .....
PARENTÉ ..... TÉL. ..... PORT. .....

Personne de confiance (SE RÉFÉRER AU FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LA DÉSIGNATION DE CETTE PERSONNE).

Je soussigné(e) M ..... certifie avoir demandé :

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE DOUBLE

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE PARTICULIÈRE,
pour convenance personnelle, à 70 € par jour de présence (inclus TV et Wi-Fi, ouverture d'une ligne téléphonique et lit pliant accompagnant)

❍ LE BRANCHEMENT DE LA TÉLÉVISION, EN CHAMBRE COMMUNE,
et paierai un forfait de 4,50 € par jour

❍ L'OUVERTURE DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE
et paierai les communications téléphoniques de mon séjour (0,15 € la minute)

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

❍ *Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et je m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge, hors responsabilité de la sécurité sociale.*

❍ *J'atteste avoir reçu le livret d'accueil de la clinique Clémentville comportant toutes les informations relatives à mon hospitalisation.*

❍ *Je reconnais avoir été informé(e) par les praticiens de l'établissement des bénéfices et risques liés à mon opération ou à ma prise en charge médicale ou obstétricale. J'ai signé un document attestant de mon consentement libre et éclairé.*

A Montpellier, le .....
Signature du patient :

CLC-2021-FO-12.3