

Formulaire de pré-admission

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

PATIENT

NOM
NOM DE NAISSANCE
PRÉNOM
NÉ(E) LE **À**
ADRESSE

CODE POSTAL **VILLE**
TÉL. **PORT**
EMAIL : **@**
PROFESSION

Si le patient n'est pas l'assuré, veuillez noter le nom et le prénom de l'assuré(e) et le faire signer :

NOM **SIGNATURE DE L'ASSURÉ**
PRÉNOM

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N°SS |
RÉGIME OBLIGATOIRE
ADRESSE
CODE POSTAL
VILLE
CMU (COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE) ☐ 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 MÉDECIN OU DU CHIRURGIEN
DATE D'ENTRÉE PRÉVUE LE **À** **HEURES**
☐ HOSPITALISATION COMPLÈTE ☐ ACTE AMBULATOIRE

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 75€ par jour de présence (inclus : TV et Wi-Fi, ouverture d'une ligne téléphonique - non inclus : lit pliant accompagnant)
- ☐ LE BRANCHEMENT DE LA TÉLÉVISION, EN CHAMBRE COMMUNE, et paierai un forfait de 4,15€ par jour
- ☐ L'OUVERTURE DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE EN CHAMBRE COMMUNE et paierai 3,20€ de droit d'accès ainsi que les communications téléphoniques de mon séjour
- ☐ MON ADMISSION EN BOX INDIVIDUEL pour l'ambulatoire, à 30€ par jour (inclus : TV et Wi-Fi)

Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière/box 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 du Millénaire comportant toutes les informations relatives à mon hospitalisation.

À Montpellier, le
 Signature du patient :