

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

PUMa (PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE) OUI NON

ACCIDENT DU TRAVAIL 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
- LE BRANCHEMENT DE LA TÉLÉVISION, EN CHAMBRE COMMUNE POUR LES HOSPITALISATIONS COMPLÈTES et paierai un forfait de 6,00€ / 24h
- L'OUVERTURE DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE EN CHAMBRE COMMUNE et paierai 5,35€ de droit d'accès ainsi que les communications téléphoniques de mon séjour

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 Mont-Louis 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 intervention ou à ma prise en charge médicale. J'ai signé un document attestant de mon consentement libre et éclairé.

A Paris, le

Signature du patient :