Polyclinique Saint-Roch

560, avenue du Colonel Pavelet
CS 10999
34075 Montpellier Cedex 3

0 826 888 882 Service 0,20 € /min + prix appel

Fax : 04 67 61 88 99

Formulaire de pré-admission

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

❍ **AMBULATOIRE** ❍ **HOSPITALISATION COMPLÈTE** ❍ **ACCOUCHEMENT**

NOM DU CHIRURGIEN OU DU GYNÉCOLOGUE : .....

DATE D'ENTRÉE : .....

PATIENT

NOM .....

NOM DE NAISSANCE .....

PRÉNOM .....

ADRESSE .....

.....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

PORTABLE ..... TÉLÉPHONE .....

NÉ(E) LE ..... À .....

EMAIL .....

N° de Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE : .....

COMPLÉMENTAIRE / MUTUELLE : .....

CMU (COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE) ❍ OUI ❍ NON **ACS** ❍ OUI ❍ NON

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : ..... VILLE : .....

Personne à prévenir : NOM ..... PRÉNOM .....

❍ ÉPOUX / ÉPOUSE ❍ ENFANT ❍ AUTRE (à préciser) .....

TÉLÉPHONE ..... PORTABLE .....

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

Je soussigné(e)

M .....

certifie avoir demandé :

En hospitalisation complète :

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE DOUBLE

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE DOUBLE AVEC FORFAIT MULTIMÉDIA pour convenance personnelle à 10 € par séjour (inclus TV, téléphonie illimitée* [fixe + portable], Wi-Fi)

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE PARTICULIÈRE pour convenance personnelle à 80 € par jour de présence (inclus TV, téléphonie illimitée* [fixe + portable], Wi-Fi)

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE VIP MATERNITÉ pour convenance personnelle à 150 € par jour de présence (inclus TV, téléphonie illimitée* [fixe + portable], Wi-Fi)

En ambulatoire :

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE DOUBLE

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE PARTICULIÈRE à 30 € par séjour incluant TV et Wi-Fi

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

** Appels nationaux hors international et numéros tarifs spéciaux*

❍ *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 Polyclinique Saint-Roch 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 (1) du patient :

(1) En cas d'envoi par voie électronique, ce document sera signé au plus tard le jour de l'admission.