



## 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<sup>(1)</sup>  
du patient :