

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
du patient :