

DOSSIER ADMINISTRATIF

PATIENT

Nom : _____
 Nom de jeune fille : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : | | | | | | | | | |
 Adresse : _____
 Code Postal : _____
 Ville : _____
 Téléphone : _____
 Portable : _____
 Mail : _____
 Profession : _____
 Situation familiale : _____
 Nationalité : _____

Position juridique
 Tutelle Curatelle Capable Majeur

Nom du référent : _____
 Adresse complète : _____

 Téléphone : _____

ASSURÉ

L'assuré est le patient

L'assuré n'est pas le patient
(dans ce cas veuillez renseigner ce qui suit)

Nom : _____
 Nom de jeune fille : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : | | | | | | | | | |
 Adresse : _____
 Code Postal : _____
 Ville : _____
 Téléphone : _____

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° Sécurité Sociale : _____
 Caisse : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____
 Ville : _____
 CMU : Oui Non

MUTUELLE

Nom : _____
 N° Adhérent : _____
 Adresse : _____

 Code Postal : _____
 Ville : _____

VOTRE FUTURE HOSPITALISATION A LA CLINIQUE LES OLIVIERS

Précédents séjours à la Clinique « Les Oliviers » : _____
 Période d'hospitalisation souhaitée : _____

Attention : une demi-journée sera programmée dans le mois précédant la période d'hospitalisation souhaitée.

CHOIX DE VOTRE CHAMBRE

Chambre double (sans supplément) • Chambre particulière (voir Annexe Tarifaire)

Attention : nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée. Ce choix initial ne garantit pas l'obtention d'une chambre particulière.

DATE : _____

SIGNATURE : _____

LES PROFESSIONNELS QUI VOUS ACCOMPAGNENT

VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Il s'agit du médecin que vous avez déclaré à votre caisse d'assurance maladie

*(Déclaration de choix du Médecin traitant Cerfa n° 12485*1).*

- Aucun
 Généraliste
 Spécialiste (spécialité : _____)
Nom du médecin : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____

VOTRE MÉDECIN ADRESSEUR

Il s'agit du médecin qui vous a adressé dans notre établissement.

- Est-il votre médecin référent (auprès de la Sécurité Sociale) ? Oui Non
Nom du médecin : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____

VOTRE PHARMACIE DE RÉFÉRENCE

Il s'agit de la pharmacie à laquelle vous vous adressez le plus régulièrement.

- Nom de la Pharmacie : _____
Nom du Pharmacien : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____

AUTRE PROFESSIONNEL 1

Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients

- Spécialité : _____
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____

AUTRE PROFESSIONNEL 2

Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients

- Spécialité : _____
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____

AUTRE PROFESSIONNEL 3

Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients

- Spécialité : _____
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____