ELSAN
CLINIQUE DU PARC LYON

ELSAN
CENTRE AMBULATOIRE KLÉBER

FICHE DE PRÉADMISSION

Document à rendre 15 jours avant votre hospitalisation
ou 30min avant la consultation d'anesthésie ou sur https://monespace.elsan.care

SÉJOUR

☐ Hospitalisation Complète (au moins 1 nuit) ☐ Ambulatoire (journée) ☐ Centre Ambulatoire Kléber

Nom de votre praticien : .....

Date de séjour prévue : ..... / ..... / ..... à ..... H .....

☐ Je confirme avoir reçu mon passeport clinique

VOTRE IDENTITÉ

Nom d'usage : ..... Prénom(s) : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : ☐ F ☐ M Lieu de naissance : ..... Code postal de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Mail : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

MÉDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : ..... Ville : .....

SÉCURITÉ SOCIALE ET MUTUELLE

Numéro de Sécurité Sociale : ␣ ␣␣ ␣␣ ␣␣ ␣␣ ␣␣␣ ␣␣␣ ␣␣ Rang de naissance : .....

Mutuelle : .... C.S.S : ☐ Oui ☐ Non

Date d'accident de travail : ..... / ..... / ..... (Joindre le justificatif d'accident de travail)

MON ESPACE SANTÉ

L'équipe médicale peut consulter et alimenter votre espace santé : ☐ Oui ☐ Non

ANONYMAT, NON DIVULGATION DE PRÉSENCE

Vous avez la possibilité de conserver l'anonymat durant votre séjour au sein de notre établissement et d'en faire part à l'équipe soignante ou à l'accueil de notre établissement.
Souhaitez-vous ne pas divulguer votre présence et conserver votre anonymat lors du séjour ? ☐ Oui ☐ Non

SIGNATURE PATIENT

Fait à ..... , Le

NOM DE NAISSANCE : ..... PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

PERSONNE À PRÉVENIR

La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif (transfert, fin du séjour, sortie...). Elle n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales. Au cours de votre hospitalisation ou à la fin de celle-ci, vous pouvez demander à changer de personne à prévenir.

Souhaitez-vous désigner une personne à prévenir durant cette hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

Coordonnées de la personne à prévenir

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

Avez-vous informé la personne à prévenir ? ☐ Oui ☐ Non

PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, lors de toute hospitalisation, l'établissement met le patient en mesure de désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.
Cette désignation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation. Vous pouvez révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, vous vous engagez à en informer par écrit l'établissement.

☐ Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.
☐ Je souhaite désigner une personne de confiance.

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

Signature Personne de confiance **Signature du Patient**

Date : ..... / ..... / ..... Date : ..... / ..... / .....

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement.
Les directives anticipées doivent se présenter sous la forme d'un document écrit, daté et signé et sont modifiables et révocables à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.
Avez-vous rédigé des directives anticipées ? ☐ Non ☐ Oui (apportez-les avec vous)

TUTELLE

Pour les patients sous tutelle, veuillez faire compléter le document joint à votre tuteur et faire parvenir l'attestation de jugement.

Nom et prénom du représentant légal : .....

N° Tél. : ..... Mail : .....

Fait à ....., le ..... Signature Tuteur :

Comment transmettre ce document ?

- **Rapide et facile** d'accès : en vous connectant directement sur votre espace personnel sur notre site internet : **https://monespace.elsan.care**
- En vous rendant au service des préadmissions de la Clinique du Parc Lyon, du lundi au vendredi, entre 8h et 17h

Document à joindre

- ☐ Fiche de Préadmission complétée ;
- ☐ Votre carte d'identité ou votre passeport ou votre titre de séjour en cours de validité ;
- ☐ Votre carte vitale ou votre attestation de sécurité sociale ou votre carte d'aide médicale d'état ;
- ☐ Votre carte de mutuelle ou la prise en charge hospitalière ;
- ☐ Fiche de convocation remise par la secrétaire ;
- ☐ Si vous êtes en **accident du travail**, vous devez apporter la feuille d'accident du travail donnée par votre employeur ou la feuille de prise en charge de l'assurance maladie.

- ○ **Pour les personnes de moins de 18 ans :**
  - ☐ L'autorisation d'opérer signée par les 2 parents ;
  - ☐ Cartes d'identité des deux parents ;
  - ☐ Livret de famille (page parents et enfant) ;
  - ☐ Carnet de santé à apporter le jour de l'admission ;

- ○ **Pour les patients sous tutelles :**
  - ☐ Présence obligatoire du tuteur justifiant de ses droits sur la personne.
  - ☐ Prévoir la pièce d'identité du tuteur en cours de validité.
  - ☐ Avoir la photocopie de la décision de justice de mise sous tutelle.
  - ☐ Avoir l'autorisation d'hospitalisation signée par le tuteur.

Prise en charge par votre mutuelle

Informations utiles pour votre mutuelle :

Clinique du Parc Lyon
N°FINESS : 690023239
Code DMT (Discipline Médico-Tarifaire) :
181 : Chirurgie
174 : Médecine
Mail : cly.accueil@elsan.care

Centre Kleber
N°FINESS : 690043476
Code DMT (Discipline Médico-Tarifaire) :
181 : Chirurgie
174 : Médecine
Mail : cly.accueil@elsan.care

Préadmisson en ligne sur https://monespace.elsan.care

ELSAN
CLINIQUE DU PARC LYON

ELSAN
CENTRE AMBULATOIRE KLÉBER

AUTORISATION D'OPÉRER POUR MINEUR

NOM DE NAISSANCE : ..... PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

Représentant légal de l'enfant :

Nom ..... Prénom .....

Né(e) le .....

Conformément à l'article 16-3 du Code civil, la signature des deux représentants légaux est obligatoire pour effectuer l'intervention. Il en va de même en cas de séparation ou de divorce, si les deux parents conservent l'exercice de l'autorité parentale, les deux signatures sont obligatoires. Si l'un des parents est déchu de ses droits parentaux, un certificat du jugement doit être présenté ou remis.

Je reconnais avoir reçu du chirurgien, de l'anesthésiste et de tout médecin consulté, toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont mon enfant souffre au cas où il ne se ferait pas opérer. Ils m'ont aussi expliqué les risques auxquels mon enfant s'expose en se faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la pathologie dont mon enfant est affecté, mais également à des variations individuelles non toujours prévisibles.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, les médecins peuvent se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

J'autorise et je sollicite dans ces conditions, le chirurgien, l'anesthésiste et les autres médecins à effectuer tout acte qu'ils estimeraient nécessaire. Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit. Cette autorisation ne constitue pas une décharge de responsabilité.

En l'absence des signatures des deux représentants légaux, l'intervention sera annulée.

Parent 1	**Parent 2**
Nom de naissance	Nom de naissance .....
Nom d'usage	Nom d'usage .....
Prénom	Prénom .....
Adresse	Adresse .....
.....	.....
Téléphone	Téléphone .....
Email	Email .....
Fait à .....le, ...	Fait à .....le, ...
Signature OBLIGATOIRE	**Signature OBLIGATOIRE**

ELSAN
CLINIQUE DU PARC LYON

Services hôteliers
HOSPITALISATION

Je soussigné(e)..... né(e) le ...../..... /..... déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	SOLO*	CONFORT*	PRIVILEGE	PREMIUM
Date d'entrée : ..... /...../				
Chambre privative, calme et intime avec coffre-fort	✓	✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓	✓
Ouverture de ligne téléphonique & Wifi illimité		✓	✓	✓
TV (TNT & Bouquet CANAL+)		✓	✓	✓
Trousse Bien-être		✓	✓	
Une paire de chaussons par séjour			✓	✓
Pack nuit tranquille (infusions, lampe torche, piles, bouchons d'oreilles, eau de toilette, masque de sommeil)			✓	✓
Presse quotidienne et deux magazines (par séjour)			✓	✓
Petit déjeuner Continental quotidien **/*** (boisson chaude au choix, pain individuel, beurre, confiture, miel, yaourt nature bio, jus de fruits, sucre et ben's)			✓	✓
Linge de toilette (drap de bain, serviette de toilette, tapis de bain, gant de toilette et peignoir à disposition)			✓	✓
Chambre spacieuse et meuble réfrigéré			✓	✓
Un menu Gourmet servi durant le séjour **/*** (entrée, plat, dessert et boisson: au choix)			✓	
Un menu Gourmet servi par jour **/*** (entrée, plat, dessert et boisson: au choix)				✓
Espace détente : machine Nespresso, bouilloire (dosettes et thé à discrétion) et deux boissons fraiches par séjour				✓
Offre de bienvenue				✓
Produits bien-être Clarins (femmes), Blaise Mautin (hommes)***				✓
Tarifs / jour	124 €	145 €	180 €	235€
Votre choix	☐	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 1er juillet 2026.
sous réserve de disponibilité. ** sous réserve de contraintes médicales. * Ces contenus peuvent variés en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.*

SERVICES À LA CARTE

	CHAMBRE DOUBLE				ACCOMPAGNANT				
	TV	WIFI	Ouverture Ligne téléphonique	Pack connecté	Pack nuitée	Pack demi-pension	Menu Gourmet	Formule enfant -10 ans	Formule enfant -10ans /CSS
Tarifs	10€/jour	7€/jour	6€/séjour*	20€/jour	85€/nuit	110€/jour	25 €	55€/nuit	25€/nuit
Votre choix	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Les tarifs s'entendent TTC. *Appels émis en sus 0.15€/minute*

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montants à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

Forfait journalier	23€/jour
Participation forfaitaire : *(pour tout acte égal ou supérieur à 120€). Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.*	32€/séjour

Ces montants peuvent le cas échéant vous être remboursés par votre organisme complémentaire d'assurance maladie.

Nombre de case(s) cochée(s) :

Signature du représentant légal :

Fait à :

Le :

A remettre au service pré-admissions

ELSAN
CLINIQUE DU PARC LYON

Services hôteliers
AMBULATOIRE

Je soussigné(e) ……. .(prénom / nom) né(e) le : …… /……../……. déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s)correspondante(s).

Entrée le : …… / …… / ……	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIERE		
		UNO *	RESA	DUO
Espace privatif, calme et intime		✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓	✓
SOMEO Care : solution innovante de pause relaxante sonore.			✓	✓
Wifi illimité			✓	✓
TV (TNT et Bouquet Canal+)		✓	✓	✓
Pause gourmande (sucrée ou salée) ** 1 verrine de fromage blanc avec coulis de fruits, 1 verrine de salade de fruits, 1 verrine de salade de pâtes et petit pain /ou 1 brioche avec un petit pot de confiture, 1 verre d'eau et 1 boisson chaude (thé ou café). **Pour les ORL :** 1 compote, 1 yaourt aromatisé à boire, 1 glace, 1 verre d'eau et 1 jus de pommes.	✓	✓	✓	✓
Ma trousse Ambu'** 1 tube de crème mains Algotherm, 1 paquet de mouchoirs, 1 masque de nuit, 1 paire de bouchons auditifs, 1 peigne, 1 bloc-notes, 1 crayon à papier. **Ou version Enfant -10 ans :** trousse Petit Prince 1 savon Petit Prince® sous boite carton, 1 shampoing Petit Prince® tube issu de canne à sucre, 1 gel douche Petit Prince® tube issu de canne à sucre, 1 yoyo en bois Petit-Prince®	✓	✓	✓	✓
Pack accompagnant : - Pause gourmande (sucrée ou salée) ** - Pack détente** (1 livret de jeu sudoku et mots fléchés, 1 crayon porte-mine, 1 liseuse, 1 marque-page)				✓ ✓
Tarifs/séjour	**30 €**	**65 €**	**80 €**	**100 €**
Votre choix (1)	☐	☐	☐	☐
En cas d'indisponibilité de la Chambre Particulière UNO pré choisie, je souhaite bénéficier de la prestation de Forfait Ambu', qui me sera alors facturé au tarif indiqué sur cette présente fiche	☐			

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 2 mars 2026.
** sous réserve de disponibilité **Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.*

(1) A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet biscuits) ** me sera servie dans les lieux de réception des patients prévus à cet effet (et sous réserve de contraintes alimentaires)

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

Participation forfaitaire : *(pour tout acte égal ou supérieur à 120€)* *Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.* *Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.*	32€/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) : ☐

Signature du patient ou du représentant légal

Fait à .....Le .....

A remettre au service pré-admissions

ELSAN
CLINIQUE DU PARC LYON

Services hôteliers
AMBULATOIRE OPHTALMOLOGIE

Je soussigné(e) ……. .(prénom / nom) né(e) le : …….. /……../……. déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s)correspondante(s).

Entrée le : …… / …… / ……	FORFAIT AMBU' VISION	CHAMBRE PARTICULIERE VISION		
		UNO *	RESA	DUO
Espace privatif, calme et intime		✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓	✓
SOMEO Care : solution innovante de pause relaxante sonore.			✓	✓
Wifi illimité			✓	✓
TV (TNT et Bouquet Canal+)		✓	✓	✓
Pause gourmande (sucrée ou salée) ** 1 verrine de fromage blanc avec coulis de fruits, 1 verrine de salade de fruits, 1 verrine de salade de pâtes et petit pain /ou 1 brioche avec un petit pot de confiture, 1 verre d'eau et 1 boisson chaude (thé ou café).	✓	✓	✓	✓
Mon pack Vision *** 1er œil : une paire de lunettes protectrices (catégories 3UV400) 2è œil : une boîte à lunettes & un kit entretien lunettes	✓	✓	✓	✓
Pack accompagnant : - Pause gourmande (sucrée ou salée) ** - Pack détente** (1 livret de jeu sudoku et mots fléchés, 1 crayon porte-mine, 1 liseuse, 1 marque-page)				✓ ✓
Tarifs/séjour	**25 €**	**65 €**	**80 €**	**100 €**
Votre choix (1)				
1er œil **2ème œil**	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
En cas d'indisponibilité de la Chambre Particulière UNO pré choisie, je souhaite bénéficier de la prestation de Forfait Ambu' vision, qui me sera alors facturé au tarif indiqué sur cette présente fiche	☐			

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 2 mars 2026.
** sous réserve de disponibilité **Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.*
(1) A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet biscuits) ** me sera servie dans les lieux de réception des patients prévus à cet effet (et sous réserve de contraintes alimentaires)

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

Participation forfaitaire : *(pour tout acte égal ou supérieur à 120€)* *Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.* *Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.*	32€/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) : ☐

Fait à ……Le ……

Signature du patient ou du représentant légal

A remettre au service pré-admissions

ELSAN Centre Ambulatoire Kleber
CLINIQUE DU PARC LYON

Services hôteliers
Centre Ambulatoire KLEBER

Je soussigné(e) ……. .(prénom / nom) né(e) le : ……. /……../……. déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s)correspondante(s).

	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' CONFORT	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' CONFORT DUO
Date d'entrée : ……. /……. /……		
Espace privatif, calme et intime	✓	✓
Pause gourmande *** 1 pain, 1 beurre avec un petit pot de confiture, 1 yaourt nature, 1 compotée pomme/citron, 1 St Nectaire, 1 pâté de foie de volaille (sans porc), 1 boisson chaude	✓	✓
Pause gourmande accompagnant *** (détails identiques à la pause gourmande décrite ci-dessus)		✓
Lunettes de soleil + étui souple (si 1ère intervention) *** OU Mon kit nettoyant pour lunette (si 2ème intervention) *** 1 spray 35 ml nettoyant antistatique et 1 chamoisine microfibre 100x150 mm Et la boîte à lunette grise*** (16cm x 6.6cm x 3.2cm) en coton recouverte de lin. Intérieur velours	✓	✓
Sac en toile avec 2 magazines		✓
Tarifs/séjour	55€	70€
**Votre choix ** **	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1er avril 2026.
*** A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet crackers) *** me sera servie sous réserve de contraintes alimentaires.*
*** Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.*

 **Kit entretien lunettes – 5€** ☐	 **Boîte à lunette – 6€** ☐

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur.

Participation forfaitaire : *(pour tout acte égal ou supérieur à 120€)* *Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.*	**32€**/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à ……Le ……

Signature du patient ou du représentant légal

A remettre au service pré-admissions