

**À REMETTRE AUX BUREAUX DES PRÉADMISSIONS 30 MIN AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE**

AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

Oui  Non

## SEJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	

### Pièces obligatoires à présenter avec cette fiche de pré-admission :

- **Pièce d'identité du patient** (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour ou livret de famille pour les enfants) + **pièces d'identité des parents pour les mineurs**
- **Carte vitale** ou attestation de sécurité sociale
- **Carte de tiers payant mutuelle**
- **Attestation d'accident de travail** le cas échéant

### Documents à transmettre au service de soins lors de votre admission :

- **Ordonnances** des traitements en cours
- **Autorisation d'opérer** signée par le patient ou par les 2 parents si mineur
- Pour les majeurs protégés : **jugement de placement sous mesure de protection judiciaire**

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom de naissance :	Lieu de naissance :	
Né (e) le :	Téléphones :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	Lien de parenté :
Mail patient/représentant légal :		
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

## RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E) SI DIFFÉRENT DU PATIENT

Lien de parenté par rapport à l'assuré(e):		
Nom :	Prénom :	
Nom de jeune fille :	Né(e) le :	
Adresse :	Téléphone :	
Code postal :	Ville :	

## ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DE RATTACHEMENT ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale :	Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie		
Nom de la Mutuelle :	Adresse mutuelle :		
N° d'adhérent :			
S'agit-il d'un accident du travail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident :		
Bénéficiez – vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire <input type="checkbox"/> Oui	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> Oui		
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie <input type="checkbox"/> Oui	Régime local <input type="checkbox"/> Oui		

Je soussigné(e) ..... 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).

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' *
Espace privatif, calme et intime*		✓
Pause gourmande (sucrée ou salée) *** 1 boisson chaude, 1 verrine fromage blanc et compote, 1 brioche, 1 salade de fruits ou 1 salade de pâtes et son petit pain, 1 bouteille d'eau 50cl Pour les ORL : 1 crème dessert à la vanille, 1 yaourt bio aromatisé, 1 glace, 1 bouteille d'eau 50cl	✓	✓
Wifi	✓	✓
TV (TNT)		✓
Ma trousse Ambu'*** Tube de solution hydro-alcoolique, mouchoirs, masque de nuit, paire de bouchons auditifs, lingettes rafraichissantes, chausse-pied, crayon à papier	✓	✓
<b>Tarifs/séjour</b>	30 €	63 €
<b>Votre choix **</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1<sup>er</sup> mai 2022.

\* sous réserve de disponibilité.

\*\* A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet crackers) \*\*\* me sera servie dans les lieux de réception des patients prévus à cet effet.

\*\*\*Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

## PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

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

<b>Participation forfaitaire :</b> (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.	24€/séjour
---	------------

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à ..... Le ..... Signature du patient ou de son représentant légal :