

**À TRANSMETTRE AUX BUREAUX DES PRÉADMISSIONS PAR COURRIER OU PAR EMAIL :  
accueil.per@elsan.care**

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?  Oui  Non

## SEJOUR

Nom de votre praticien :	<input type="checkbox"/> Dr VITELLO	<input type="checkbox"/> Dr CHANSON	<input type="checkbox"/> Dr PLANES-SAUTEREAU
Votre date d'entrée :		Heure 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
- Pour les majeurs protégés : **jugement de placement sous mesure de protection judiciaire**
- **Consentement à l'enregistrement d'un examen polysomnographique (SOM-FCH-001)** signée par le patient ou par les 2 parents si mineur

## 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 :	
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	Lien de parenté :
Mail / du représentant légal :		
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

## RENSEIGNEMENTS ASSURE(E)

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 :			
Bénéficiaire – 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