



AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ? Oui Non

Faites votre préadmission avant votre consultation d'anesthésie (prévoir 30 minutes avant la consultation).

SEJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	
Votre heure d'entrée :	
Votre date d'intervention :	

Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission :

- Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille)
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents
 - Pour les majeurs protégés : copie du placement sous une 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 :	Téléphone/portable :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir : Nom :	Téléphone :	Lien de parenté :
Mail patient/représentant légal :		
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

RENSEIGNEMENTS ASSURE(E) SI DIFFÉRENT DU PATIENT

Si différent du patient, lien de parenté par rapport à l'assuré (e):		
Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	
Nom de naissance :	Né(e) le :	
Adresse :	Téléphone :	
Code postal :	Ville :	

ASSURANCE ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale :	Nom et adresse de la caisse d'assurance maladie de rattachement :		
Nom de la Mutuelle :	Adresse mutuelle :		
N° d'adhérent :			
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)



zPA

	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU* *	FORFAIT AMBU*
Espace privatif, calme et intime	✓	✓
Pause gourmande (sucrée ou salée) 1 boisson chaude, 1 biscuit sucré et 1 biscuit salé	✓	✓
Wifi	✓	✓
TV (TNT)	individuelle	
Pack Détente	✓	✓
Trousse bien-être	✓	✓
Tarifs/séjour	70€	35€
Votre choix **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* sous réserve de disponibilité. Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1^{er} janvier 2024.

**A défaut de choix, une collation simple de réalimentation me sera servie en espace collectif dans les lieux de réception des patients prévus à cet effet.

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION-

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

<p>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.</p>	24€/séjour
---	------------

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à Albi, Le Signature du patient ou du représentant légal :