ELSAN VIVALTO SANTÉ

CHP BREST

PRE-ADMISSION EN LIGNE AMBULATOIRE

À déposer sur notre plateforme sécurisée

Date de votre entrée	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse	
Téléphone portable	
Téléphone fixe	
Adresse e-mail	
Si vous êtes sous curatelle / tutelle	☐ Curatelle ☐ Tutelle
Nom de votre curateur/tuteur	
Numéro de téléphone curateur/tuteur	
Numéro de sécurité sociale (13 chiffres + clé de 2 chiffres)	
Avez-vous une Affection Longue Durée en rapport avec votre intervention à venir ?	☐ Oui ☐ Non
Nom de votre mutuelle	
Nom et prénom **médecin traitant**	
Localité	
La personne à prévenir - en savoir +	
Nom et prénom	
Numéro de téléphone	
Votre lien avec cette personne	
La personne de confiance - en savoir +	
Nom et prénom	
Numéro de téléphone	
Votre lien avec cette personne	
Prestations hôtelières* Tout connaître de nos offres	☐ Chambre particulière AMBU (72 €/jour) ☐ Espace partagé

**Nous respecterons votre souhait selon nos disponibilités. Nous interrogerons votre mutuelle pour connaître le montant pris en charge par votre contrat et d'appliquer, si possible, le tiers payant. Nous vous invitons également à prendre contact avec votre mutuelle afin d'être informé sur les modalités de prise en charge.*

A joindre à ce formulaire

✓ Une photo/Scan RECTO-VERSO de votre pièce d'identité (Carte Nationale d'Identité ou Passeport)

✓ Une photo/Scan RECTO-VERSO de votre Carte de Mutuelle valide le jour de l'intervention

TRA 6.18.51 - version du 29/04/2025