

COMPLÉTEZ VOTRE RESERVATION EN LIGNE

A défaut : • Envoyez par mail cette fiche complétée avant votre hospitalisation (mail : admissions.aug@elsan.care)

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ? Oui Non

S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL ? Oui Non Si oui, date de l'accident :

SEJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi

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

- Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport)
- Carte vitale mise à jour
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Devis des praticiens signés
- 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

Nom d'usage (ou marital) :		Prénom de naissance :	
Nom de naissance :		Téléphone :	
Né(e) le :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	Portable :	
Lieu de naissance :			
Adresse :			
Code postal :		Mail :	
Ville :		Nom – Prénom médecin traitant :	

PERSONNE À PREVENIR

Nom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Téléphone :	
Ville :		Portable :	

TUTEUR, CURATEUR OU SAUVEGARDE DE JUSTICE

Coordonnées :	
---------------	--

ASSURANCE

N° de Sécurité Sociale :	
Adresse :	
Nom Mutuelle :	N° d'adhérent :

PAS DE TIERS PAYANT MUTUELLE