

COMPLÉTEZ VOTRE RÉSERVATION EN LIGNE

- A défaut : • Envoyez par mail cette fiche complétée avant votre hospitalisation (mail : admissions.aug@elsan.care)
 • Ou déposez cette fiche complétée à l'accueil lors de votre visite chez l'anesthésiste

SEJOUR

Nom de votre praticien :

Votre date d'entrée :

Matin Après-midi

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ?

Oui Non

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 patient ou représentant légal :		
Ville :	Nom - Prénom médecin traitant :		

PERSONNE À PREVENIR

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

TUTEUR, CURATEUR OU SAUVEGARDE DE JUSTICE OU REPRESENTANT LEGAL

Nom et Coordonnées :	
----------------------	--

RENSEIGNEMENTS ASSURE(E) – si différent

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :
Nom de naissance :	Né(e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

ASSURANCE

N° de Sécurité Sociale :		
Adresse :		
S'agit-il d'un accident du travail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident :	
Nom Mutuelle :		
Adresse :		
Bénéficiez-vous de :	CSS (complémentaire santé solidarité, ex CMU) <input type="checkbox"/> 100% (exonération du ticket modérateur)	

Oui Non

Oui Non



CLINIQUE SAINT-AUGUSTIN

Services hôteliers
AMBULATOIRE et HDJ

Je soussigné(e) NOM Prénom

Date de naissance déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière, proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnaît avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

AMBULATOIRE

	FORFAIT AMBU' et FORFAIT HDJ ((*) Hospitalisation De Jour)	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' (**)
Espace privatif (<i>selon disponibilité</i>)		✓
Pause gourmande *** <i>1 boisson chaude, 1 verrine fromage blanc et compote, 1 brioche 1 salade de fruits, 1 bouteille d'eau 50cl</i> <i>Pour ORL : 1 crème dessert vanille, 1 yaourt bio aromatisé, 1 glace, 1 bouteille d'eau 50cl</i>	✓	✓
TV (TNT)	✓	✓
Wifi (sur demande)	✓	✓
Ma trousse « Ambu » <i>Un tube de crème mains, 3 mouchoirs, 1 masque de nuit, 1 paire embout auditif, 1 peigne, 1 bloc note, 1 petit crayon à papier avec gomme</i>	✓	✓
Une boisson chaude pour votre accompagnant (<i>s'adresser à la boutique</i>)	✓	✓
Tarifs/séjour	40€	75€
Votre choix à cocher **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC – Tarifs au 1^{er} décembre 2025

** 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 LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur	
Participation forfaitaire (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) <i>Ce montant peut vous être remboursé par votre complémentaire santé.</i>	24€/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à Le

Signature patient ou représentant légal :

PAS DE TIERS PAYANT MUTUELLE

114 Avenue d'Arès 33074 BORDEAUX Cedex / Tél : 05 56 00 30 30