

QUESTIONNAIRE DE PRE-ADMISSION

(à remplir par le patient)

Ce questionnaire de pré-admission vous est remis après la consultation de chirurgie pré-rempli par la secrétaire (nom, prénom, médecin, date et heure d'entrée, intervention prévue).

Vous devez le compléter et le déposer LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION D'ANESTHÉSIE A L'ACCUEIL DE LA POLYCLINIQUE.

Ambulatoire **Hospitalisation** **Externe**

Chirurgien :

Date d'entrée : Heure d'entrée :

Intervention prévue :

Médecin traitant :

HOSPITALISÉ (E) (Merci de bien vouloir vous munir d'une pièce d'identité, à jour):

Nom : Prénom :

Nom de jeune Fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Portable :

Adresse e-mail : Téléphone :

Personne à prévenir :

ASSURÉ(E) (si différent de l'hospitalisé(e)) :

Nom : Prénom :

Nom de jeune Fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Portable :

Adresse e-mail : Refus de communiquer cette adresse :

**(Adresse utilisée uniquement dans le cadre de l'enquête I-SATIS du Ministère de la Santé et non à des fins commerciales)*

SÉCURITÉ SOCIALE (attestation et carte vitale à jour) :

N° de sécurité sociale :

Nom et adresse de la caisse :

S'agit-il d'un accident de travail (A.T.) ou d'une maladie professionnelle (M.P) : Oui Non (joindre la feuille d'A.T. ou de M.P.)

Date de l'A.T. :

MUTUELLE (carte en cours de validité, Tiers payant non pratiqué en ambulatoire)

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Sans ces renseignements concernant votre mutuelle, vous devrez acquitter du forfait journalier, chambre particulière et autres suppléments.

*** Exonération du ticket modérateur : Article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, ALD (Affection de Longue Durée)**

ATTENTION!

**C.M.U. : Seuls les frais médicaux seront remboursés.
Les suppléments tels que chambre particulière, téléphone,
télévision, lit d'accompagnement seront à la charge de l'assuré(e) .**



Forfait journalier au tarif en vigueur

SUPPLEMENTS:

Hospitalisation :

Je souhaite (après avoir pris connaissance des tarifs) :



- Une chambre particulière (suivant les possibilités de service)
- Forfait ambulatoire confort
- Une chambre à deux lits
- Télévision
- Ouverture de ligne téléphonique directe
- Internet
- Lits d'accompagnant
- Petit-déjeuner d'accompagnant
- Convalescence

Dépôts de valeurs:

Nous vous recommandons de ne pas apporter : argent liquide, chéquier, carte bancaire, bijoux... Dans le cas contraire, le coffre de l'établissement est à votre disposition.

La clinique se dégage de toutes responsabilités en cas de perte ou de vol.



Je soussigné(e).....

Certifie avoir pris connaissance des prestations et des tarifs proposés et accepte le paiement des prestations obligatoires et prestations demandées.

Date:/...../.....