

## 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 rembours es.  
Les suppléments tels que chambre particulière, téléphone,  
télévision, lit d'accompagnement seront à la charge de l'assur e(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, ch equier, 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 soussign e(e).....

Certifie avoir pris connaissance des prestations et des tarifs propos es et accepte le paiement des prestations obligatoires et prestations demand es.

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