

## 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 le/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 MUNI DE VOTRE PIÈCE D'IDENTITÉ**

**En cas d'absence de consultation d'anesthésie, contacter impérativement l'accueil de l'établissement pour effectuer votre pré admission.**

AMBULATOIRE

HOSPITALISATION

EXTERNE

Chirurgien : .....  
Date d'entrée : ..... Heure d'entrée : .....  
Intervention prévue : .....  
Médecin traitant : .....  
Officine habituelle (nom + ville) : .....

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

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de Naissance ..... 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 e-SATIS du Ministère de la Santé et non à des fins commerciales)*  
Tutelle/Curatelle : .....  
Personne à prévenir : ..... 

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

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de Naissance : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Téléphone domicile : ..... Portable : .....

### 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, pour l'hospitalisation, se renseigner auprès de l'accueil)

Nom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

Vous pouvez envoyer la prise en charge par mail à [accueilpdk@vivalto-sante.com](mailto:accueilpdk@vivalto-sante.com)

Noyal-Pontivy le .... / .... / .....

Signature :

\* Exonération du ticket modérateur : Article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, ALD (Affection de Longue Durée), régime Alsace Moselle – AT et maladie professionnelle

## ATTENTION!

**C.M.U. : Seuls les frais médicaux seront remboursés.**

**Les suppléments tels que chambre particulière, téléphone, télévision, ... seront à la charge de l'assuré(e).**

**Je souhaite (après avoir pris connaissance des tarifs et suivant les disponibilités du service) : cocher vos différents souhaits en fonction de votre prise en charge (hospitalisation ou ambulatoire)**

### HOSPITALISATION :

#### PRESTATIONS CONVENTIONNEES ASSURANCE MALADIE

<b>Forfait journalier Assurance Maladie</b> fixé par arrêté ministériel <i>Le forfait hospitalier représente la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle.</i>	20 € / jour y compris le jour de la sortie
<b>Forfait PAT (Participation Assuré Transitoire)</b> fixé par arrêté ministériel <i>La Participation Assuré Transitoire est une participation forfaitaire, demandée par l'assurance maladie au patient, pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à 120€. Ces frais peuvent être pris en charge en tout ou partie par votre mutuelle.</i>	24 € / séjour

Tarif, par jour y compris le jour de la sortie	PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES		
	<input type="checkbox"/> Chambre Particulière 62€	<input type="checkbox"/> Chambre Avantage 76€	<input type="checkbox"/> Chambre Privilège 93€
Chambre particulière	Inclus	Inclus	Inclus
Télévision	7€	Inclus	Inclus
Téléphone (ouverture de la ligne téléphonique facturable 1 fois, hors communication)	4€	Inclus	Inclus
Wi-fi	2€	Inclus	Inclus
Presse quotidienne	Prix du journal	Prix du journal	Inclus
Petit déjeuner	Classique	Gourmand	Gourmand
Déjeuner / diner	Classique	Classique	Gourmand* <i>Carte hôtelière disponible sur demande</i>
Flacon de solution hydro alcoolique	Inclus	Inclus	Inclus
Plateau de courtoisie (café/thé, biscuits)	/	/	Inclus
Trousse de toilette (Lait pour le corps, gel douche, shampoing, savon, brosse à dent et dentifrice)	/	/	Inclus
Mise à disposition de linge de toilette	/	/	Inclus
Lit accompagnant + petit déjeuner	16€	16€	16€
Repas d'accompagnant classique adulte	9€	9€	9€
Repas d'accompagnant gourmand adulte	15€	15€	15€
Coffre	5€	5€	5€

### AMBULATOIRE :

Forfait PAT (Participation Assuré Transitoire) Assurance Maladie Pour les actes à partir de 120€	24 €
<input type="checkbox"/> <b>Forfait chambre particulière ambulatoire</b> comprenant :	36 €
Chambre seule	
Collation gourmande*	
Forfait télévision	
Wifi	
<input type="checkbox"/> <b>Forfait hôtellerie ambulatoire</b> comprenant :	18 €
Collation gourmande*	
Forfait télévision	
Wifi	

\*Détails collation gourmande :  
 - 1 boisson chaude ou froide  
 - 1 sandwich ou 1 potage  
 - 3 produits sucrés (yaourt, madeleine, cookie ...)

- L'attribution de la chambre particulière se fait selon les disponibilités du service. Nous nous engageons à mettre tout en œuvre pour vous satisfaire ;
- A défaut, vous séjournerez en chambre double ; les prestations complémentaires seront alors à votre charge ;
- Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations complémentaires) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins. La facturation de l'ensemble des prestations complémentaires est établie du 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation au jour de sortie inclus

Demande valable pour la journée du : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du patient : .....

Si le signataire n'est pas le patient (nom et prénom) : .....

Lien de parenté ou qualité : .....

**Noyal Pontivy le .... / .... / ....** **Signature :**