

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 PIECE D'IDENTITE

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

HOSPITALISATION □
Chirurgien:
Date 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:
Nom de Naissance
Adresse:
Code postal :
Téléphone domicile : Portable :
Adresse e-mail :
Tutelle/Curatelle:
Personne à prévenir :
ASSURÉ(E) (si différent de l'hospitalisé(e)) :
Nom:
Nom de Naissance :
Adresse:
Code postal :
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 \Box Non \Box (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
Noyal-Pontivy le / Signature :

02.97.28.30.00 - Kério - CS 80040 - 56920 Noyal-Pontivy

^{*} 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