

DOSSIER ADMINISTRATIF



Cet imprimé doit être soigneusement complété et remis au bureau des entrées au plus tard 48 h avant l'admission. Cette formalité doit s'effectuer lors de votre **rendez-vous avec l'anesthésiste.** Ainsi, elle vous évitera toute attente au bureau des admissions le jour de votre hospitalisation.

PIÈCES À FOURNIR LORS DE VOTRE ENTRÉE À LA CLINIQUE :

Attestation de carte vitale et carte vitale

Carte d'identité

Livret de famille pour toute personne mineure

↳ **S'il s'agit d'un accident du travail :**

- le triptyque remis par votre employeur
- la déclaration d'accident remis par votre employeur

↳ **Si le malade est sous tutelle / curatelle :**

- L'attestation tuteur / curateur

Votre **arrêt de travail** est à demander au **secrétariat médical** du médecin concerné.

Nous vous souhaitons un séjour aussi agréable que possible et sommes à votre disposition pour vous donner tout renseignement complémentaire.

L'utilisation de votre ordinateur portable étant possible lors de votre hospitalisation, celui-ci est sous votre entière responsabilité. La clinique ne peut être tenue responsable d'un quelconque préjudice (vol, dégradation ...).

Mise à disposition d'un coffre dans la chambre ou, à défaut le coffre de la clinique, pour déposer tout objet de valeur. *La clinique décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.*

Le service Accueil

DOSSIER D'ADMISSION AMBULATOIRE/EXTERNE

Date d'entrée : _____

Heure : _____

Chirurgien : _____
Médecin traitant : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

NOM DE NAISSANCE : _____ SEXE : F M

NÉ(E) le : _____ à _____

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)
 Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e)

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____

E MAIL : _____

ACCIDENT DU TRAVAIL : NON OUI Date : _____

OU MALADIE PROFESSIONNELLE : NON OUI Date : _____

Personne à prévenir (obligatoire)

NOM : _____ Lien de parenté : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____

TUTEUR : OUI NON REPRÉSENTANT LÉGAL : OUI NON

CURATEUR : OUI NON

A remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)

NOM : _____ PRÉNOM : _____

N° IMMATRICULATION : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

N° Dossier : _____

N° Chambre : _____

Urgence : oui

ESP	
CHQ	
CB	

FORFAIT AMBULATOIRE DE 25 EUROS

(Télévision et WIFI comprise)

Depuis le 01/01/2017, il n'y a plus de tiers payant pour la part mutuelle (participation assuré de 18 €, forfait ambulatoire de 25 € et / ou le ticket modérateur.)

Remboursement de votre mutuelle sous réserve de vos garanties

CONFIDENTIALITE RELATIF AU SEJOUR DANS L'ETABLISSEMENT

Je souhaite : Recevoir des communications téléphoniques OUI NON
Recevoir des visites OUI NON
Bénéficiaire d'un anonymat total OUI NON

Je soussigné(e),
Mme,M. _____

Déclare avoir été informé(e) des modalités de prise en charges de mon hospitalisation, de la non-gratuité des soins, des tarifs appliqués et du montant de ma participation financière éventuelle.

Reconnais avoir été informé(e) de la conservation des données personnelles et médicales de mon dossier patient selon les durées légales (minimum de 20 ans) et de leur transmission aux correspondants de mon parcours de soins, aux services administratifs et juridiques compétents (Ministère, HAS, etc...) ou professionnels de santé (laboratoires...) permettant de garantir la continuité des soins.

Fait à Sens, le _____

Signature :