

**Bulletin de pré-admission majeurs**

(si mineur/majeur sous tutelle, veuillez ne remplir que le verso)

**Afin de réaliser votre préadmission avec ce bulletin complété :**

- ✓ **Veuillez vous présenter à l'accueil de la clinique après la sortie de votre consultation avec l'anesthésiste avec :**
  - Votre **pièce d'identité** à jour (carte identité/passeport)
  - Un justificatif d'autorisation de séjour, si vous êtes étranger
  - Votre **attestation de sécurité sociale** et/ou de votre **carte vitale** ou attestation CMU, ou, si vous ne relevez pas du régime commun de sécurité sociale, tous justificatifs de l'ouverture de vos droits auprès de l'organisme intéressé ;
  - Une **prise en charge de votre mutuelle, que vous aurez demandée au préalable** (forfait journalier, chambre particulière, dépassements d'honoraires), à envoyer par courrier, fax ou mail (coordonnées en haut de ce document).
  - Une **copie de votre jugement de curatelle** (si concerné)
- ✓ **Ou envoyer une copie de ces documents par mail (adm.hosp@clinique-charcot.fr)**
- ✓ **Ou remplir la fiche de pré-admission en ligne sur le site internet [www.clinique-charcot.fr](http://www.clinique-charcot.fr)**

**Ces documents doivent être amenés au plus tard, 48h avant le jour de votre entrée****A défaut, nous ne pouvons vous assurer de votre prise en charge à la clinique.** Ambulatoire     Hospitalisation     Soins externes     Date d'entrée prévue le : ...../...../.....Chambre particulière :     Non     Oui (**sous réserve de disponibilité**)**Médecin responsable de l'hospitalisation :** .....**PATIENT** (Inscrire les informations issues de la carte d'identité / passeport uniquement)

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage/marital : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Mail : .....

Patient sous curatelle : oui  non  **Si patient sous tutelle ou mineur, merci de ne remplir que le verso →**

N° de téléphone : ...../...../..... ou ...../...../.....

N° de sécurité sociale : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom et adresse de votre caisse d'affiliation : .....

..... Mutuelle : .....

**Accident du travail :** oui  non  Date : ..... / ..... / .....**Si oui,** nom de l'employeur (+ adresse).....**ASSURE** (si différent du patient)

Nom de naissance de l'assuré : ..... Prénom : .....

Nom d'usage/marital de l'assuré: .....

Lien de parenté avec le patient : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de sécurité sociale : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom et adresse de la caisse d'affiliation de l'assuré : .....

**Nom du médecin traitant :** ..... **Téléphone :** ...../...../.....**Adresse du médecin traitant :** .....**Nom/Prénom personne à prévenir :** ..... **Lien de parenté :** .....**N° de téléphone personne prévenir :** ...../...../..... ou ...../...../.....

# Bulletin de pré-admission mineurs/majeurs sous tutelle

**Afin de réaliser votre préadmission avec ce bulletin complété :**

- ✓ **Veillez vous présenter à l'accueil de la clinique après la sortie de votre consultation avec l'anesthésiste avec :**
  - Une **pièce d'identité** à jour (carte identité/passeport) pour le majeur sous tutelle/pour l'enfant s'il en possède une
  - Une **pièce d'identité** à jour des 2 parents/tuteur physique
  - Livret de famille** (si mineur)
  - Le **formulaire d'autorisation d'hospitaliser/d'opérer signé par les 2 parents ou par le tuteur physique** (si organisme de tutelle, alors apposer le tampon sur l'autorisation)
  - Copie du jugement de divorce en cas d'autorité parentale réduite à 1 seul parent
  - Copie du jugement de tutelle
  - Justificatif d'autorisation de séjour si vous êtes étranger
  - Attestation de sécurité sociale et/ou de carte vitale** (ou autre document justifiant des droits ouverts auprès d'un autre organisme) de l'assuré
  - Prise en charge de la mutuelle de l'assuré** que vous aurez demandée au préalable (Forfait journalier, chambre particulière, dépassements d'honoraires), à envoyer par courrier, fax ou mail (coordonnées en haut de ce document)
- ✓ **Ou envoyer une copie de ces documents par mail (adm.hosp@clinique-charcot.fr)**
- ✓ **Ou remplir la fiche de pré-admission en ligne sur le site internet www.clinique-charcot.fr**

**Ces documents doivent être amenés au plus tard, 48h avant le jour de votre entrée**

**A défaut, nous ne pouvons vous assurer de votre prise en charge à la clinique.**

Ambulatoire     Hospitalisation     Soins externes     Date d'entrée prévue le : ...../...../.....  
Chambre particulière :     Non     Oui (**sous réserve de disponibilité**)

**Médecin responsable de l'hospitalisation :** .....

## **PATIENT** (Inscrire les informations issues de la carte d'identité / passeport uniquement)

Nom de naissance : .....Prénom : .....  
Nom d'usage/marital : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....Code postal : .....Ville : .....  
Téléphone : ...../...../...../...../..... Mail : .....  
Numéro de sécurité sociale : .....  
Nom et adresse de votre caisse d'affiliation : .....  
.....Mutuelle : .....

## **ASSURE** (à remplir pour les patients mineurs uniquement)

Nom de naissance : .....Prénom : .....  
Nom d'usage/marital : .....Date de naissance : ...../...../.....  
Lien de parenté avec le patient : .....  
Adresse : .....Code postal : .....Ville : .....  
Téléphone : ...../...../...../...../..... Mail : .....  
Numéro de sécurité sociale : .....  
Nom et adresse de votre caisse d'affiliation : .....  
.....Mutuelle : .....

## **TUTEUR** (barrer cette case si non concerné)

Nom : .....Prénom : .....  
Nom de l'organisme le cas échéant : .....  
Adresse : .....Mail : .....  
Téléphone : ...../...../...../...../.....

**Nom du médecin traitant :** ..... **Téléphone :** ...../...../.....  
**Nom/Prénom personne à prévenir** (si différente parents/tuteur) : .....  
**Lien de parenté :** ..... **N° de téléphone :** ...../...../.....

**Accident du travail :** oui  non  **Date :** ..... / ..... / .....

**Si oui, nom de l'employeur (+ adresse) :** .....