

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**

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) :