

Cette fiche doit être impérativement complétée et remise à l'accueil général le jour de la consultation avec l'anesthésiste.

Si vous n'avez pas de consultation avec un anesthésiste, merci d'adresser cette fiche à : preadmissions.julesverne@hospigrandouest.fr OU Clinique Jules Verne – Service pré-admissions – 2,4 route de Paris - 44314 NANTES CEDEX 3

L'absence de ce document peut entraîner l'annulation de votre admission.

A COMPLETER PAR LE MEDECIN/SECRETARIAT MEDICAL

Date d'entrée (1^{ère} hospitalisation) : à.....H.....

Date d'entrée (2^{ème} hospitalisation) :à.....H.....

- Ambulatoire Externe
 Hospitalisation/Chirurgie Hospitalisation/Médecine

- ALD Maladie professionnelle Accident du travail* Accident du travail/Tiers*
*Apporter la déclaration d'accident de travail

ALD (Affection de longue Durée): Oui Non
J'atteste que : l'hospitalisation Ambulatoire Externe

Du patient ci-dessous désigné est motivée par le traitement

- De l'une des affections mentionnées à l'art D 322-1 du Code de la Sécurité sociale
- D'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste de l'article L322-3, 4° du code de la SS
- De plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (art L 322-3, 4° du code de la SS)

Date :/...../..... Signature du médecin :

CACHET DU PRATICIEN

Obligatoire

A COMPLETER PAR LE PATIENT

Nom de naissance : Nom usuel :

Prénom : Sexe : F M

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

Adresse : Code postal :

Ville : Téléphone (portable et/ou fixe) :

Adresse Mail :@.....

N° de sécurité sociale :

Personne à prévenir (Nom, prénom, lien de parenté, adresse et téléphone) :

Médecin traitant : _____ Pharmacie habituelle * :

Nom/prénom : Nom :

Adresse : Adresse :

*Pour information, il est possible qu'un pharmacien de la clinique vous contacte pour faire le point sur vos traitements habituels et sécuriser la prise en charge médicamenteuse pendant votre hospitalisation.

Si le patient n'est pas l'assuré social: Lien de parenté avec le patient : Conjoint Enfants

Nom de naissance de l'assuré social : Nom usuel :

Prénom : Sexe : F M Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance : Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Adresse Mail :

N° de sécurité sociale :

En cas de tutelle ou curatelle

Nom/adresse/téléphone du représentant légal :

JUSTIFICATIFS A PRESENTER LE JOUR DE LA CONSULTATION AVEC L'ANESTHESISTE

- Cette fiche dument remplie
- Une photocopie recto verso d'une pièce officielle d'identité du patient (carte d'identité, passeport). Pour les enfants n'ayant pas de carte d'identité : photocopie du livret de famille
- Une photocopie recto verso de votre carte de mutuelle en cours de validité
- Votre carte vitale
- Une photocopie de votre feuille de carnet de soins gratuits, si vous êtes invalide de guerre (ART.115)
- Une notification de la prise en charge, si vous bénéficiez de la CMU (Couverture Maladie Universelle)
- Une photocopie de la feuille d'accident ou de maladie professionnelle délivrée par votre employeur, si votre intervention est en rapport avec cet accident

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE SEJOUR

Nous vous demandons de ne pas apporter de bijoux, d'objets de valeur ou de somme d'argent importante. Vous aurez la possibilité, sous certaines conditions, d'effectuer un dépôt dans un coffre, en vous adressant au cadre du service. **Attention, l'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol des objets non déposés au coffre.**

Nous vous demandons de prévoir un mode de règlement le jour de votre sortie.

INFORMATIONS CONCERNANT LES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Je souhaite réserver les prestations suivantes :

		OUI	NON	TARIFS
HOSPITALISATION COMPLETE	CHAMBRE PARTICULIERE suivant la disponibilité (Télévision incluse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72€ (par jour d'hospitalisation)
	LIT ACCOMPAGNANT (soumis à la validation du cadre du service ; priorité aux parents des enfants de moins de 15 ans, 1 accompagnant par nuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.50€ (nuit+petit déjeuner)
	REPAS ACCOMPAGNANT	A réserver lors de votre séjour		12.50€
	TELEPHONE	Réservation au kiosque Café&Compagnie		
	TELEVISION (Chambre double)	Réservation au kiosque Café&Compagnie		
SERVICE AMBULATOIRE	CHAMBRE PARTICULIERE suivant la disponibilité (Télévision incluse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38€

Assurez-vous auprès de votre mutuelle du niveau de prise en charge des prestations payantes. A défaut d'accord de prise en charge, ces prestations vous seront facturées.

Je m'engage à régler, à la fin de mon hospitalisation, les frais non pris en charge par ma caisse d'Assurance Maladie ou par ma Mutuelle et je déclare avoir été informé des bases de tarification concernant les honoraires, les frais de séjour, les forfaits d'établissement, ainsi que les suppléments facultatifs.

Fait à Nantes, le

Nom et prénom du patient :

Signature du patient ou de son représentant légal :