

Demande d'admission

Consultation externe

QUESTIONNAIRE
A COMPLETER

CE DOCUMENT EST OBLIGATOIRE.
Veuillez le déposer complété et signé à
l'**ACCUEIL** ou par courrier **une semaine avant**
votre consultation externe. Merci.

Pour la prise en charge des frais d'hospitalisation par vos caisses, merci de présenter les documents suivants :

- la carte vitale.
- une copie d'une pièce d'identité valide (carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour).
- une copie de la carte européenne à jour pour les ressortissants européens.
- une copie de la carte mutuelle.
- une copie de la notification de la prise en charge, si vous bénéficiez de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ou de l'AME (Aide Médicale de l'Etat) ou de l'ACS (Aide Complémentaire Santé).
- une photocopie de la feuille d'accident ou de maladie professionnelle délivrée par votre employeur, si votre intervention est en rapport avec cet accident.
- Si mineur, photocopies du livret de famille ou carte identité du mineur + carte identité des représentants légaux.

>> En l'absence de ces justificatifs, les frais seront à votre charge.

Date d'entrée : Heure d'entrée :

Nom du praticien :

Gastroentérologie : 2^{ième} étage (**Se présenter à l'accueil**)

Urologie : Surveillance ambu Surveillance 2^{ième} Départ immédiat

Orthopédie/Viscéral : Bloc Rez-de-Chaussée

Ophtalmologie 2^{ième} étage Rez-de-Chaussée

L'hospitalisation est-elle liée à :

→ l'une des 30 affections mentionnées à l'art. D. 322-1 du Code de la Sécurité Sociale

→ plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (art. L. 322-3, 4° du Code de la Sécurité Sociale)

Oui

Non

Patient hospitalisé

Nom : Nom de naissance :

Prénoms : Nationalité : Sexe :

Date de naissance : Lieu de naissance : Dépt. :

Situation familiale : Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone/Portable : Mail :

