

Demande d'admission

Unité de chirurgie ambulatoire

QUESTIONNAIRE
A COMPLETER

CE DOCUMENT EST OBLIGATOIRE.
Veuillez le déposer à l'ACCUEIL juste après
votre consultation chez le chirurgien.

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 :

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 :

Merci d'indiquer si

Accident du travail

Maladie professionnelle

Veuillez préciser la date :

Avez-vous déjà été hospitalisé à la clinique : Non Oui, date :

Qui est malade : Assuré Conjoint Enfant

Assuré (à remplir si le patient n'est pas l'assuré social)

Nom : Nom de naissance :

Prénoms : Situation familiale : Sexe :

Date de naissance : Lieu de naissance : Dépt. :

