

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi la **notre Clinique** pour votre prochaine hospitalisation.
Nous vous remercions de votre confiance.

Pour la consultation d'anesthésie

Veillez vous munir de :

- **votre dernière ordonnance et** vos derniers examens (cardiologie, pneumologie, sanguins, ...);
- « l'Auto-questionnaire avant votre anesthésie » complété ;
- votre carnet de santé.

Après votre consultation pré anesthésie : réalisez votre pré-admission

Nous vous remercions de vous présenter ensuite au bureau d'accueil pour effectuer votre pré admission :

DOCUMENTS A APPORTER :

- la fiche de pré-admission complétée par vos soins ;
- votre carte d'identité (le cas échéant le passeport, le livret de famille, la carte de séjour, l'extrait de naissance) ;
- votre carte vitale ;
- votre carte d'assurance complémentaire ;
- votre **livret de famille** et le consentement éclairé pour l'hospitalisation des mineurs ;
- votre document d'accident de travail remis par votre employeur, si c'est votre cas ;
- votre carte victime de guerre - article L115, s'il y a lieu.

Votre admission

Le jour de votre entrée, vous n'aurez qu'à vous présenter au bureau des admissions.

DOCUMENTS A APPORTER

- votre carte d'identité (le cas échéant le passeport, le livret de famille, la carte de séjour, l'extrait de naissance) ;
- votre carte vitale ;
- votre carte d'assurance complémentaire ;
- prise en charge de votre mutuelle que vous avez préalablement demandée à votre organisme pour le forfait journalier, la chambre particulière, les dépassements d'honoraires ;
- ordonnance de votre traitement habituel, bilans sanguins et radiographies.

Les médecins, l'ensemble du personnel soignant, hôtelier et administratif sont heureux de vous accueillir et vous souhaitent un agréable séjour.

FICHE ADMINISTRATIVE PRE-ADMISSION

Date d'entrée :

N° :

ETAT CIVIL DU PATIENT

Pour votre sécurité lors de votre hospitalisation, l'identité retenue est celle indiquée sur votre carte nationale d'identité. Cette dernière vous sera demandée lors des démarches administratives.

Veillez renseigner les items ci-dessous conformément à votre carte d'identité

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance : Né(e) le : Sexe : M – F

Lieu de naissance : Département : Pays :

Profession (même si retraite) : Retraite : OUI – NON

Adresse :

.....

Code postal : VILLE :

Téléphone :

E-mail : @

PERSONNE A PREVENIR

Cela peut être un parent, un proche. C'est la première personne qui sera prévenue du déroulement de l'hospitalisation

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Parenté : Parenté :

Téléphone : Téléphone :

PERSONNE DE CONFIANCE

Cela peut être un parent, un proche, le médecin traitant. Son rôle est d'accompagner la personne malade, d'assister aux entretiens médicaux, de recevoir les informations médicales et d'être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

.....

Code postal : VILLE :

Téléphone :

DATE :

SIGNATURE :