

**Fax : 05 56 11 60 82**

Tél Pré Admissions : 05 56 11 60 36

**Réservé au secrétariat :**

DP   
Forfait SE   
(Endoscopie sous AL/Ablation CIP/Actes dermatologiques sous AL)

**PREADMISSION N° .....**

**A REMPLIR PAR LE PATIENT**

Vous allez être hospitalisé(e) le : ..... à ..... h .....

Nom du chirurgien : .....

A préciser :  AMBULATOIRE : Tarif 25 € sera facturé à la sortie (chambre particulière, TV, accès wifi, collation).

HOSPITALISATION

ESTHETIQUE

CURITHERAPIE

Pour toute hospitalisation, un chèque de caution de 50 € vous sera demandé à l'admission pour la télévision.

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE**

NOM DE NAISSANCE :: ..... PRENOM : .....

NOM (Epoque, veuve, ...) : .....

NE(E) LE : ..... SEXE :  F  M

TELEPHONE : ..... PORTABLE : ..... (Obligatoire pour le secteur ambulatoire :  
Vous recevrez un appel la veille de votre intervention)

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

Etes vous sous :  Tutelle (joindre la copie du jugement)  Curatelle (joindre la copie du jugement)  Non concerné

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (si différent du malade)**

NOM (Epoque, veuve, ...) : ..... PRENOM : .....

NOM DE NAISSANCE : ..... NE(E) LE : .....

**Avant votre hospitalisation pensez à contacter votre mutuelle afin d'obtenir l'accord de prise en charge**

**SOUHAITS UNIQUEMENT EN HOSPITALISATION**

Chambre particulière : ([dans la mesure de nos disponibilités](#))

Classique : Tarif de 78 € à 82 €

Prestige (au nombre de 4) : tarif à 110 €

Chambre à 2 lits

Un chèque de caution de 50 € vous sera demandé à l'admission en échange de la télécommande.

**RENSEIGNEMENTS ASSURANCE MALADIE ET MUTUELLE**

NUMERO D'IMMATRICULATION SECURITE SOCIALE : .....

Adresse : .....

NOM DE VOTRE MUTUELLE : .....

Adresse : .....

NUMERO D'ADHERENT : .....

ASSURE

CONJOINT

ENFANT

VIE MARITALE

**Avant votre hospitalisation pensez à contacter votre mutuelle afin d'obtenir l'accord de prise en charge**

ETES-VOUS A 100 % POUR LONGUE MALADIE

OUI

NON

INVALIDITE

OUI

NON

RELEVEZ VOUS DE L'ARTICLE 115

OUI

NON

S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL Si oui date : .....

**CET IMPRIME EST A REMETTRE OU A DEPOSER OU A ENVOYER A L'ACCUEIL PRINCIPAL DE LA CLINIQUE**

Si vous nous envoyez ce document, **n'oubliez pas de nous joindre les photocopies de :**

- Attestation du régime d'assurance maladie ;
- Carte de mutuelle ou attestation CMU ;
- Pièce d'identité du malade **obligatoire**;
- **Autorisation parentale d'opérer complétée et signée par les 2 parents : OBLIGATOIRE (au verso)**
- La déclaration d'accident du travail le cas échéant.



Fax Pré-Admission 05 56 11 60 82

## AUTORISATION PARENTALE D'OPERER

Nous, soussignés

M .....

Et

Mme .....

Déclarons autoriser le Chirurgien, Docteur .....

et l'Anesthésiste, Docteur .....

à pratiquer examens et/ou interventions nécessités par l'état de santé

de l'enfant .....

Date et signature des deux parents (+ copie des documents demandés ci-dessous)

---

Je soussigné(e) .....

Certifie sur l'honneur assurer seul(e) l'autorité parentale pour l'enfant .....

Par jugement rendu le .....

Date et signature (+ copie des documents demandés ci-dessous)

### Si les parents ont tous les 2 l'autorité parentale\* :

- l'autorisation d'opérer devra être signée** par les 2 parents
- La pièce d'identité valide des titulaires de l'autorité parentale :
  - Carte nationale d'identité
  - ou Passeport
  - ou Extrait d'acte de naissance
  - ou Carte de séjour.
- Le livret de famille.
- Les consentements éclairés du chirurgien et de l'anesthésiste **signés par les 2 parents**

**ATTENTION** : l'éloignement d'un des parents ne le dispense pas de son accord pour la réalisation des soins.

### Un seul des 2 parents a l'autorité parentale\* :

- La décision de justice (décision du juge des tutelles, ordonnance du juge des enfants
- Le livret de famille dans lequel est notifiée la décision.
- l'autorisation d'opérer devra être signée** par le parent ayant l'autorité parentale,
- La pièce d'identité valide du titulaire de l'autorité parentale :
  - Carte nationale d'identité
  - ou Passeport
  - ou Extrait d'acte de naissance
  - ou Carte de séjour.
- Les consentements éclairés du chirurgien et de l'anesthésiste **signés par le parent.**

**En l'absence d'un de ces documents nous serons au regret de ne pouvoir admettre  
l'enfant de moins de 18 ans à la Clinique TIVOLI DUCOS**