Réservé au service Préadmissions:
PREADMISSION N° ……………………….
P. I. scannée ☐

FICHE DE PRE-ADMISSION

UTILISEZ UN STYLO A BILLE POUR ECRIRE, EN MAJUSCULE, SUR LA FEUILLE DU DESSUS uniquement

Après avoir complété et signé la feuille du dessus, déposez cette feuille au service des préadmissions (ou envoyez-la par courrier ou par mail), et conservez la deuxième feuille autocopiante.

PERSONNE HOSPITALISEE*

VOUS ALLEZ ETRE HOSPITALISE(E) LE : ……………………………………………… à …………………………… h …………………………

VOTRE TYPE DE SEJOUR : ☐ EN AMBULATOIRE (tarif 25 €) ☐ EN HOSPITALISATION (de 78 à 110 € pour la chambre particulière)

LE NOM DE VOTRE CHIRURGIEN : /__/

NOM DE NAISSANCE : /__/

NOM D'USAGE (Epouse, veuve, …) : /__/

PRENOM : /__/

NE(E) LE : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

ADRESSE : /__

/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__ CODE POSTAL : __/__/__/__/__/__/__ VILLE : /__/

ADRESSE MAIL **IMPORTANT** (Le renseignement de ce champ vaut consentement à participation à notre enquête de satisfaction des patients hospitalisés E-SATIS, dispositif national/Le lien pour se connecter au questionnaire vous sera transmis par mail) :

/__/@/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

TELEPHONE PERSONNEL **OBLIGATOIRE** (vous recevrez un appel la veille de votre intervention en Ambulatoire) :

Domicile /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ ……………………………… Portable /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/

MEDECIN TRAITANT : /__/

SECURITE SOCIALE (numéro) : /__/

MUTUELLE (NOM) : /__/

Avant votre hospitalisation, pensez à contacter votre mutuelle pour lui donner tous les éléments nécessaires à votre demande de prise en charge. Il est important de bien communiquer le numéro de fax de la clinique pour que la mutuelle puisse nous retourner votre confirmation de prise en charge

ÊTES-VOUS SOUS : ☐ Tutelle* ☐ Curatelle * (Dans les 2 cas joindre une copie du jugement)

ÊTES VOUS : ☐ ALD (en rapport avec l'intervention) ☐ Invalide ☐ Non concerné

S'agit-il d'un ACCIDENT DU TRAVAIL** : ☐ Oui, date de l'accident du travail : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ ☐ NON

COCHEZ LE TYPE DE CHAMBRE SOUHAITE (en fonction des disponibilités) (cf tarifs ci-joints):

☐ CHAMBRE A 2 LITS ☐ CHAMBRE PARTICULIERE CLASSIQUE (78 A 82 €) ☐ CHAMBRE PARTICULIERE PRESTIGE (110 €)

Nécessité d'un LIT ACCOMPAGNANT : ☐ Oui ☐ Non

Signature **OBLIGATOIRE** :

PERSONNE ASSUREE si différente de la personne hospitalisée

NOM : /__/

PRENOM : /__/

NE(E) LE : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

N'oubliez de joindre les photocopies (recto/verso), ou un scan recto/verso si envoi par mail, de :

- Carte vitale ou Attestation du régime d'assurance maladie
- Carte de mutuelle ou attestation CMU
- Pièce d'identité valide du patient obligatoire (permis de conduire exclu)

**La déclaration d'accident du travail le cas échéant

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS, CONTACTER LE SERVICE DES PREADMISSIONS : Clinique TIVOLI DUCOS
91, Rue de Rivière 33000 BORDEAUX
Numéro FINESS 330 780 115 **Code DMT : 181**
Tél : 05 56 11 60 06 ou 60 08 **Fax: 05 56 11 60 82**
Mail : admissions@clinique-tivoli.com

***ATTENTION** : si la personne hospitalisée est un mineur ou un majeur protégé (sous tutelle), **contacter le service des préadmissions**