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

FICHE DE PRE-ADMISSION

UTILISEZ UN STYLO A BILLE POUR ECRIRE, EN MAJUSCULE

Après avoir complété et signé la feuille, déposez là au service des préadmissions (ou envoyez-la par courrier ou par mail).

PERSONNE HOSPITALISEE*

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

VOTRE TYPE DE SEJOUR : ☐ EN AMBULATOIRE ☐ EN HOSPITALISATION COMPLETE

LE NOM DE VOTRE CHIRURGIEN : /_/

NOM DE NAISSANCE : /_/

NOM D'USAGE (Epouse, veuve, ...) : /_/

PRENOM : /_/

NE(E) LE : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

ADRESSE : /_/

/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ CODE POSTAL : /_/_/_/_/_/ VILLE : /_/

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

ADRESSE MAIL **IMPORTANT** (Selon l'article 38 de la loi du 6 Janvier 1978 modifiée, l'établissement s'engage à ce que vos données ne soient pas utilisées à des fins de prospection commerciale) :

/_/@/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

MEDECIN TRAITANT : /_/

SECURITE SOCIALE (numéro) : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Nom de de la caisse ....

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
Dans le cas où la clinique est amenée à faire ces démarches pour vous, un forfait administratif de 10 € vous sera facturé.

ÊTES-VOUS : sous Tutelle* : ☐ Oui ☐ Non Sous Curatelle* : ☐ Oui ☐ Non
ALD (Affection Longue Durée) (en rapport avec l'intervention) : ☐ Oui ☐ Non
Invalide : ☐ Oui ☐ Non

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):

HOSPITALISATION COMPLETE :
☐ CHAMBRE DOUBLE
☐ CHAMBRE PARTICULIERE PRESTIGE (115 €)*
☐ CHAMBRE PARTICULIERE (85 €)*
*Facturation de la chambre par journée (sortie incluse)

AMBULATOIRE : ☐ CHAMBRE (tarif 45 €)

Nécessité d'un LIT ACCOMPAGNANT : ☐ Oui ☐ Non
(Forfait 24 € petit déjeuner inclus)

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 ou ACS
- Pièce d'identité **valide** du patient obligatoire (permis de conduire exclu)

* (joindre une copie du jugement) - **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**

PP FE 11.04
Annule et remplace le PP FE 11.03

Création Octobre 2013
Modification : 20/12/2016