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

CONTRAT 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) :

@

MESURE DE PROTECTION : ☐ Oui ☐ Non

SI OUI, PRECISEZ : Sous Curatelle* : ☐ Oui ☐ Non Sous Tutelle* : ☐ Oui ☐ Non

Joindre l'autorisation d'opérer signée par la personne en charge de la mesure de protection si l'état de la personne sous tutelle le justifie.

ÊTES-VOUS : 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

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

**La déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle le cas échéant

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. Dans le cas contraire, un forfait de 10 € sera facturé.

Le patient reconnait avoir été informé par l'établissement, lors de sa préadmission, qu'un forfait de 10 € sera facturé pour toutes démarches administratives auprès de sa mutuelle/assurance hors assurance maladie. Acceptez-vous ce forfait ? ☐ Oui ☐ Non

Signature **OBLIGATOIRE** :

PERSONNE ASSUREE si différente de la personne hospitalisée

NOM :

PRENOM : NE(E) LE :

FORFAIT chambres en hospitalisation complète et en ambulatoire

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

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

AMBULATOIRE :
☐ CHAMBRE PARTICULIERE + Forfait ambulatoire* (tarif 45 €)
☐ CHAMBRE DOUBLE + Forfait ambulatoire* (tarif 25 €)

* Forfait Ambulatoire incluant : gouter, TV et WIFI

Signature **OBLIGATOIRE** :

Nécessité d'un LIT ACCOMPAGNANT : ☐ Oui ☐ Non
(Forfait Lit accompagnant : 35 € dont petit-déjeuner inclus)

N'oubliez pas 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
- attestation CMU ou ACS
- Pièce d'identité **valide** du patient obligatoire (permis de conduire exclu)

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

Création Octobre 2013
Modification : 22/01/2018