## **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).

## **INFORMATIONS ADMINISTRATIVES**

PERSONNE HOSPITALISEE*							
VOUS ALLEZ ETRE HOSPI	ITALISE(E) LE :	h h					
VOTRE TYPE DE SEJOUR	: □ EN AMBULATOIRE	☐ EN HOSPITALISATION COMPLETE					
LE NOM DE VOTRE CHIR	URGIEN:/_/_/_/_/_/_						
NOM DE NAISSANCE							
NOM D'USAGE (Epouse, veuv	e,):////						
PRENOM: /_/NE(E) LE:// //							
ADRESSE:/							
/_/CODE POSTAL:_//VILLE:/_/_//VILLE:/							
${\sf TELEPHONE\ PERSONNEL\ OBLIGATOIRE\ (vous\ recevrez\ un\ appel\ l\ a\ veille\ de\ votre\ intervention\ e\ n\ Ambulatoire):}$							
Domicile //_ // // Portable // // //							
		78 modifiée, l'établissement s'engage à ce que vos données ne soient pas utilisées à des fins de prospection commerciale – satisfaction patients (Dispositif national E-Satis et Enquêtes établissement) et autres questionnaires liés à votre prise en					
		/_/_/_/_/_@/					
MEDECIN TRAITANT : //_							
SECURITE SOCIALE (numéro) : //// Nom de de la caisse							
Avant votre hospitalisation, p		e pour lui donner tous les éléments nécessaires à votre demande prise en charge. Dans le complémentaire ».					
	PERSONNE ASSUREE	E si différente de la personne hospitalisée					
PRENOM://_/_		/NE(E) LE://					
		MESURE DE PROTECTION					
MESURE DE PROTECTION : SI OUI, PRECISEZ :	□ Oui □ Sous Curatelle*	□ Non □ Sous Tutelle*					
		de la mesure de protection si l'état de la personne sous curatelle ou tutelle le justifie ET Joindre une					
ÊTES-VOUS : ALD (Affer Invalide	ction Longue Durée) <b>(en rapport avec l'</b> 2 :	'intervention) : □ Oui □ Non □ Oui □ Non					
<del>-</del>	TRAVAIL* : □ Oui, date de l'accide iil ou de maladie professionnelle le cas	lent du travail : // // // NON échéant					

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 FIN ESS 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

5

Création Octobre 2013 Date : 20/03/2020

DMP (DOSSIER MEDIC	CAL PARTAGE)					
Possédez-vous un DMP ?		□ Oui	□Non			
Si oui Autorisez-vous à intégrer des docum	l'établissement ents dans votre DMP ?	□ Oui	□ Non			
PRESTATIONS PROPOSEES PAR L'ETABLISSEMENT						
F	ORFAIT CHAMBRES EN F	IOSPITALISATION	COMPLETE ET EN AMBULATOIRE			
COCHEZ LE TYPE DE CHAMBF	RE SOUHAITEE (en fonction o	les disponibilités) :				
HOSPITALISATION COMPLETE: ☐ CHAMBRE DOUBLE			☐ CHAMBRE PARTICULIERE (85 €) Facturation de la chambre par journée (sortie incluse)			
Nécessité d'un LIT ACCOM (Forfait Lit accompagnant : 35 €	PAGNANT : ☐ Oui ☐ Non dont petit-déjeuner inclus)					
AMBULATOIRE :	☐ CHAMBRE DOUB	LE 🗆	CHAMBRE PARTICULIERE (45 € forfait a	mbulatoire inclus)		
•	aire pour chambre double o pouteille d'eau, collation, TV et WIF		mbulatoire* (tarif 25 €) : □oui	□non		
			Signature OBLIGATOIRE:			

Création Octobre 2013 Date : 20/03/2020 PP FE 11 Indice 010