

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

Hospitalisation



Groupe Hospitalier Bretagne Sud
Association des praticiens

Clinique du Ter

SÉJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	
Votre heure d'entrée :	

Avez-vous déjà séjourné dans notre établissement : Oui Non

Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de préadmission :

- Pièce d'identité
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale (carte vitale)
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs :
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Livret de famille ou pièce d'identité de l'enfant

RENSEIGNEMENTS

Nom de naissance :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom d'usage :	Profession :	
Né(e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
E-mail*		
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	Lien de parenté :
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

*Utilisé uniquement dans le cadre de l'enquête ESATIS généralisée à tous les établissements de santé par la DGOS

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Nom :	Prénom :
Nom de naissance :	Né(e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

ASSURANCE

N° de sécurité Sociale :	Adresse :
S'agit-il d'un accident du travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident :
Caisse Mutuelle :	Adresse :
N° d'adhérent :	
Bénéficiez-vous de :	
Art_115 (victimes de guerre) <input type="checkbox"/> Oui	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> Oui
CMU (Couverture médicale universelle <input type="checkbox"/> Oui	Régime local <input type="checkbox"/> Oui

Hôtellerie & services personnalisés

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliquées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle et autorise la clinique du Ter à commander et à régler pour mon compte, tout matériel nécessaire aux soins qui me seront prodigués. Je reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous.

HOSPITALISATION

1/ Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?

	Chambre particulière confort
Chambre privative, calme et intime	✓
TV (TNT)	✓
Ouverture ligne téléphonique	✓
3 unités de consommation téléphonique / jour	✓
Tarifs / Jour	52€
Je veux une chambre particulière	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC

2/Je ne souhaite pas de chambre particulière ou elles ne sont pas disponibles

	Services à la carte				
	Télévision	Lit d'accompagnant (petit-déjeuner continental inclus)	Ouverture d'une ligne téléphonique	Petit-déjeuner continental	Repas accompagnant
Tarifs	6,90€ / jour	25,00€ / nuit	4,00€ (+0,19€ l'unité)	4,50€	11,50€
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

	Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur
Forfait journalier <i>Ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle.</i>	20€ / séjour
Participation forfaitaire (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) <i>Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.</i>	24€ / séjour

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

Signature du patient :