

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

Date d'entrée à la clinique :
Chirurgien :
Médecin traitant :

AMBULATOIRE
 HOSPITALISATION
 SEH

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :
PRÉNOM(S) : DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :
CODE POSTAL : COMMUNE :
TÉLÉPHONE DOMICILE : PORTABLE :
ADRESSE MAIL : @
PERSONNE À PRÉVENIR (**OBLIGATOIRE**) : NOM :
TELEPHONE :
SITUATION DE FAMILLE : CÉLIBATAIRE MARIÉ(E) VIE MARITALE DIVORCÉ(E) VEUF(VE)
Etes-vous sous : Tutelle* Curatelle* Non concerné(e) *Joindre la copie du jugement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ (si différent du patient)

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :
PRÉNOM(S) : DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :
CODE POSTAL : COMMUNE :

RENSEIGNEMENTS ASSURANCE MALADIE ET MUTUELLE

ORGANISME DE SÉCURITÉ SOCIALE (NOM ET ADRESSE) :
N° SÉCURITÉ SOCIALE :
ORGANISME DE MUTUELLE (NOM ET ADRESSE) :
N° ADHÉRENT :
S'agit-il d'un accident de travail* ? OUI NON Date de l'accident :
S'agit-il d'une maladie professionnelle* ? OUI NON Date de la déclaration :
**Si oui, fournir impérativement la déclaration d'accident ou de maladie professionnelle.*
EMPLOYEUR (NOM ET ADRESSE) :
Etes-vous à 100% pour longue maladie ? OUI NON
Invalidité ? OUI NON
Relevez-vous de l'article 115 ? OUI NON
Relevez-vous du FNS-FSV ? OUI NON

Signature :

**Merci de faire les photocopies recto / verso de votre carte d'identité et de votre carte de mutuelle.
Pensez à apporter votre carte vitale, carte de mutuelle et carte d'identité.**