

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

Date d'entrée à la clinique :

AMBULATOIRE

Chirurgien :

HOSPITALISATION

Médecin traitant :

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.**