Générale de santé

CLINIQUE MONTICELLI

88, rue du Commandant Rolland - 13008 Marseille
Secrétariat Admission : Tél. 04 91 16 22 06 / Fax 04 91 16 22 08

FICHE DE PRE-ADMISSION

à adresser à la clinique dès la sortie de la consultation chirurgien

Le jour de votre admission, veuillez vous munir de votre carte vitale, carte mutuelle et carte d'identité

Date d'Entrée Prévue : /...../..... à .....H..... ❑ **Hospitalisation complète** ❑ **Ambulatoire**

Praticien :..... Avez-vous déjà été hospitalisé(e) à la Clinique MONTICELLI ❑ Oui ❑ Non

Nom de votre Médecin référent déclaré à la Sécurité Sociale :.....

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT

Nom :..... Prénom :.....

Nom de jeune fille :..... Sexe : ❑ F ❑ M

Né(e) le ...../...../...../ à :.....

Adresse : N° :..... Rue :.....

.....

Code Postal : /...../...../...../...../...../ Ville :.....

Téléphone :.....

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ASSURÉ

A remplir si l'assuré n'est pas la personne hospitalisée

Nom :..... Prénom :.....

Nom de jeune fille :..... Sexe : ❑ F ❑ M

Né(e) le ...../...../...../ à :.....

Adresse : N° :..... Rue :.....

.....

Code Postal : /...../...../...../...../...../ Ville :.....

Téléphone :.....

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA CAISSE D'AFFILIATION

N° de Sécurité Sociale: /...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../ /...../...../

Nom de la Caisse :.....N° du Centre :.....

Adresse du Centre : N° :..... Rue :.....

Code Postal : /...../...../...../...../...../ Ville :.....

MUTUELLE

Afin de connaître vos droits en matière de remboursement du forfait journalier et de la chambre particulière, nous vous demandons de contacter votre mutuelle.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

S'agit-il d'un accident du Travail ? ❑ OUI ❑ NON Date de l'accident :...../...../..... Date de la rechute :...../...../.....

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU VOLET N°1 DE LA DÉCLARATION

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom :..... Prénom :..... Téléphone :.....

Cette personne est : ❑ un proche ❑ un parent ❑ autre.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES CHAMBRES

Le patient déclare choisir, **selon les disponibilités de l'établissement :**

Chambre particulière avec paiement d'un supplément journalier ❑ OUI ❑ NON

Nous prenons en compte votre demande et nous ferons tout notre possible pour la satisfaire. Cependant, malgré notre désir de vous être agréable, nous ne pouvons pas vous assurer de façon certaine une chambre particulière car sa disponibilité dépend des demandes qui ont précédé la votre mais aussi des urgences indépendantes de notre volonté.

Date et signature du patient précédées de la mention "Lu et Approuvé"