



## BULLETIN D'ADMISSION

Merci de bien vouloir remettre ce document rempli à l'accueil de la clinique (9h – 19h30) après votre rendez-vous avec l'anesthésiste ou de nous l'adresser au plus tôt par courrier avant votre entrée.

Si votre opération ne nécessite pas l'intervention d'un anesthésiste, merci de bien vouloir renvoyer cette feuille à la clinique au moins 15 jours avant votre opération.

### PERSONNE HOSPITALISEE

(A compléter en lettres majuscules)

Date d'entrée : ..... Heure : .....  
Nom du chirurgien : ..... Ambulatoire / Hospitalisation  
Entrée :  jour même  la veille  
(Entourer votre modalité d'hospitalisation)  
Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : ..... Sexe : ...  
Adresse : .....  
.....

Numéro de téléphone personnel : ..... Numéro de portable : .....

Adresse mail : .....@.....

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) à la clinique ?  OUI  NON

si oui, en quelle année ? .....

S'agit-il d'un accident de travail ?  OUI  NON

Si oui, date de l'accident de travail : .....

**joindre un justificatif**

Nom de la mutuelle : .....

Demandez à votre Mutuelle de nous adresser la prise en charge.

Bénéficiez-vous de la CMU ?  OUI  NON

**Si oui, joindre votre attestation CMU**

Personne à prévenir (nom, prénom, lien de parenté et n°tél) : .....

### PATIENT MINEUR ou PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

Une autorisation d'opérer pour les patients mineurs est médico-légalement indispensable (formulaire téléchargeable sur le site [www.cliniquesaintcharles.fr](http://www.cliniquesaintcharles.fr)).

- Si vous êtes mariés ou pacsés ou en union libre,  
Si vous êtes divorcés et les 2 parents détiennent l'autorité parentale,  
*L'autorisation d'opérer doit être signée des 2 parents. Vous devez apporter les 2 cartes d'identité (ou copies) lors de l'entrée.*
- Si vous êtes divorcés, et que l'un des deux parents est déchu de l'autorité parentale  
*L'autorisation d'opérer doit être signée du parent détenteur de l'autorité parentale. Vous devez apporter la copie du jugement sur l'autorité parentale et la carte d'identité (ou copie) lors de l'entrée.*
- Si vous êtes un parent isolé  
*Vous devez apporter votre carte d'identité (ou copie) et votre livret de famille.*



- Si vous êtes le tuteur d'un majeur sous tutelle :  
*La signature du tuteur sur l'autorisation d'opérer pour attester que vous avez été informé de l'acte chirurgical.*

### PERSONNE ASSUREE

*(si différente de la personne hospitalisée) - (A compléter en lettres majuscules)*

Nom de l'assuré : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

### PERSONNE ACCOMPAGNANTE

Vous souhaitez, durant votre séjour, être accompagné par une personne. Votre demande est motivée par votre état de santé (dépendance, maladie chronique type Alzheimer, enfant mineur,...)

oui  non

Dans tous les cas, votre demande sera étudiée la semaine précédent l'hospitalisation. Compte tenu de l'activité, il est possible de ne pas répondre favorablement à cette demande ; veuillez appeler 48h avant votre entrée pour avoir la confirmation.

### PRESTATIONS HOTELIERES

Je demande :

- Une chambre particulière (80€ / jour en hospitalisation) :  oui  non  
*(dans la mesure des disponibilités)*
- Une chambre particulière (40€ / jour en ambulatoire) :  oui  non  
*(dans la mesure des disponibilités)*
- Les repas Plaisir (12,00€ le repas) sauf ambulatoire :  oui  non
- La télévision (5€ / jour) :  oui  non
- Le branchement d'une ligne téléphonique permettant d'appeler l'extérieur (4€ l'ouverture de ligne + consommation) :  oui  non

J'ai été informé du prix de ces prestations.

Demande remplie par une autre personne que le patient  oui  non

Je m'engage à régler la totalité des ces prestations, éventuellement déduction faite de la part prise en charge par la mutuelle.

### CAUTION

A votre pré-admission ou lors de votre entrée, une caution forfaitaire de 400€ (non encaissée, par chèque ou par empreinte bancaire) vous sera demandée (sauf bénéficiaire de la CMU). Elle vous sera restituée lors du règlement de votre dossier à votre sortie.

Réservé à l'agent

Caution versée  oui  non

Chèque       Empreinte bancaire

Fait à : ..... Le .....

Signature :