



SAINT CHARLES  
CLINIQUE CHIRURGICALE - LYON

## 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 ou par mail [bureau.entrees@cliniquesaintcharles.fr](mailto:bureau.entrees@cliniquesaintcharles.fr) ainsi que les documents demandés ci-dessous.*

*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.*

*(les informations recueillies participent à la qualité de votre en charge : elles seront enregistrées informatiquement et réservées à l'équipe médicale, paramédicale et de facturation). Vous disposez d'un droit d'accès en application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée le 22 juin 2018 – Loi Informatique et Liberté).*

### 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 (pour les prestations Soins mais pas pour les prestations hôtelières)**

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

**Identitovigilance : merci d'apporter une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport) le jour de l'entrée**

### PATIENT MINEUR ou PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

Une autorisation d'opérer pour les patients mineurs / majeurs est médico-légalement indispensable **sous peine d'annulation de l'intervention** (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 :  
*Le tuteur signe l'autorisation d'opérer et apporte l'acte de mise sous tutelle.*
- Pour la sortie du mineur / majeur protégé, si les parents détenteurs de l'autorité parentale ou le tuteur du majeur sous tutelle ne peuvent pas venir chercher le patient, la sortie ne sera autorisée que si la personne assurant la sortie est désignée par les parents / tuteur et fournit la preuve de son identité (carte d'identité, passeport).

**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

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. Le coût du lit Accompagnant s'ajoute au tarif de la chambre seule (120€ à 130€ / jour selon les prestations).

**PRESTATIONS HOTELIERES**

Je demande :

- Une chambre particulière (120€ / jour en hospitalisation) :  oui  non
- Une chambre particulière (160€ / jour en hospitalisation- confort) :  oui  non  
*(dans la mesure des disponibilités)*
- Une chambre particulière (70€ / jour en ambulatoire) :  oui  non  
*(dans la mesure des disponibilités)*

J'ai été informé(e) 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 :** Lors votre pré-admission ou lors de votre entrée, une caution de 100% du reste à charge (calculée sur les devis des médecins, non encaissée, par chèque ou par empreinte bancaire) ou à défaut une caution de 600€, vous sera demandée. La facture sera calculée à la sortie avec solde du règlement.

Réservé à l'agent

Acompte versé  oui  non

Chèque  Empreinte bancaire

Fait à : ..... Le .....

Signature :