

DEMANDE D'ADMISSION

Afin de ne pas attendre lors de votre hospitalisation, nous vous remercions de bien vouloir **prévoir 10 minutes, le jour de votre rendez vous avec l'anesthésiste, pour faire votre admission :**

- Remettez à la secrétaire des admissions :

- > Une **pièce d'identité valide** (carte d'identité, passeport, livret de famille pour les mineurs),
 - > La **carte de séjour** pour les étrangers,
 - > La **carte VITALE** en cours de validité,
 - > La **demande d'admission** complétée et signée
 - > La **prise en charge de la mutuelle**. Votre organisme de mutuelle peut :
la faxer au numéro **04.74.53.75.04** ou
l'envoyer à l'adresse mail : **admission@clinique-trenel.com**,
N°FINESS : 690 780 663 - N° DMT : 181
 - > **L'autorisation d'opérer et de pratiquer une anesthésie pour enfant mineur**, complétée et signée par les deux parents titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation.
 - > Le formulaire « **loi informatique et libertés** » complété et signé,
 - > Le formulaire « **désignation de la personne de confiance** » complété et signé,
 - > Le **consentement éclairé du chirurgien et/ou de l'anesthésiste**, complété et signé,
 - > **Le devis du chirurgien**, daté et signé
- Pour les **majeurs protégés**, **l'autorisation d'opérer et de pratiquer une anesthésie**, complétée et signée, du représentant légal désigné par le Tribunal

Date d'entrée à la clinique :

le A

AMBULATOIRE

HOSPITALISATION

Chambre individuelle souhaitée : OUI NON Vue sur Rhône : OUI NON

Lit accompagnant : OUI NON

Téléphone : OUI NON Télévision : OUI NON

CHIRURGIEN/SPECIALISTE :

MEDECIN TRAITANT :

Tourner SVP 

PATIENT

SEXE : FEMININ MASCULIN NATIONALITE :

NOM DE FAMILLE : NOM D'USAGE :
(nom de naissance)

PRENOM : DATE DE NAISSANCE : LIEU :

ADRESSE :
.....

TELEPHONE DOMICILE : TELEPHONE PORTABLE :

SITUATION DE FAMILLE : CELIBATAIRE VIE MARITALE MARIE(E)
 DIVORCE(E) VEUF(VE)

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

ASSURE (si différent du patient)

NOM DE FAMILLE : NOM D'USAGE :
(nom de naissance)

PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :
.....

ORGANISME DE SECURITE SOCIALE (NOM ET ADRESSE) :
N° SECURITE SOCIALE :

ORGANISME MUTUELLE (NOM ET ADRESSE) :

STATUT DE L'ASSURE : SALARIE RETRAITE OU PENSIONNE SANS EMPLOI NON SALARIE

AUTRES CAS à préciser :

UN ACOMPTE VOUS SERA RECLAME A L'ADMISSION

Séjour en chambre individuelle
Séjour en chambre double

180 euros
80 euros

Suivant la prise en
charge de votre
mutuelle

HONORAIRES DES PRATICIENS

Les praticiens exerçant à la clinique sont habilités, par convention passée avec les organismes d'Assurance Maladie, à **pratiquer des suppléments d'honoraires**, dont le montant vous est noté **sur un devis prévisionnel estimatif remis par le praticien**.

Nous vous invitons à consulter le livret d'accueil qui vous a été remis lors de la consultation