**Clinique Clémentville**

25, rue de Clémentville
34070 Montpellier

0 826 888 884 Service 0,20 € /min + prix appel

Fax : 04 67 06 70 01
Email : info@clinique-clementville.fr

# Formulaire de pré-admission

*A compléter et à rendre le jour de votre consultation pré-anesthésique*

## PATIENT

**NOM** .....

NOM DE NAISSANCE .....

PRÉNOM .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

TÉL. ..... PORT. .....

MAIL ..... @ .....

NÉ(E) LE ..... À .....

PROFESSION .....

## ASSURÉ

*Si le patient n'est pas l'assuré veuillez noter :*

**NOM** .....

PRÉNOM .....

## CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

**N° SS** | | | | | | | | | | | | | | |

RÉGIME OBLIGATOIRE .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL .....

VILLE .....

**CMU** (COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE) ❍ OUI ❍ NON

ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE ❍ OUI ❍ NON

DATE : ..... EMPLOYEUR : .....

ADRESSE : .....

ALD EN RAPPORT AVEC L'HOSPITALISATION ❍ OUI ❍ NON

## MUTUELLE (COMPLÉMENTAIRE)

**MUTUELLE** .....

N° ADHÉRENT .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL .....

VILLE .....

TÉL. ..... FAX .....

## RENSEIGNEMENTS LIÉS AU SÉJOUR

NOM DU MÉDECIN TRAITANT RÉFÉRENT DÉCLARÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE .....

TÉL. ..... FAX ..... VILLE .....

NOM DU CHIRURGIEN OU DU GYNÉCOLOGUE À LA CLINIQUE CLÉMENTVILLE .....

DATE D'ENTRÉE PRÉVUE LE ..... À ..... HEURES

◉ HOSPITALISATION COMPLÈTE ❍ ACTES AMBULATOIRES ❍ OBSTÉTRIQUE

### Personne à prévenir :

**NOM** ..... PRÉNOM .....

PARENTÉ ..... TÉL. ..... PORT. .....

### Personne de confiance (SE RÉFÉRER AU FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LA DÉSIGNATION DE CETTE PERSONNE).

### Je soussigné(e) M ..... certifie avoir demandé :

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE DOUBLE

◉ MON ADMISSION EN CHAMBRE PARTICULIÈRE,
pour convenance personnelle, à 65 € par nuit (inclus TV et Wi-Fi, ouverture d'une ligne téléphonique et lit pliant accompagnant)

☑ LE BRANCHEMENT DE LA TÉLÉVISION, EN CHAMBRE COMMUNE,
et paierai un forfait de 4,10 € par jour

☑ L'OUVERTURE DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE
et paierai les communications téléphoniques de mon séjour (0,15 € la minute)

### Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée.

☐ *Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et je m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge, hors responsabilité de la sécurité sociale.*

☐ *J'atteste avoir reçu le livret d'accueil de la clinique Clémentville comportant toutes les informations relatives à mon hospitalisation.*

☑ *Je reconnais avoir été informé(e) par les praticiens de l'établissement des bénéfices et risques liés à mon opération ou à ma prise en charge médicale ou obstétricale. J'ai signé un document attestant de mon consentement libre et éclairé.*

A Montpellier, le .....

Signature du patient :