

FICHE DE PRE - INSCRIPTION

A compléter
(lire les indications au verso)

N° FINESS : 310780283

Réservé à l'établissement

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE HOSPITALISATION

Date d'entrée :/...../..... à h

Si grossesse, date prévue du terme :/...../.....

Nom du chirurgien ou médecin de la Clinique de L'Union :

Durée de séjour prévue : Ambulatoire (entrée et sortie le jour-même) ou Plusieurs jours

Dans la mesure des places disponibles, souhaitez-vous une chambre :

A RENSEIGNER IMPERATIVEMENT → Individuelle Double Lit Accompagné

(chambre individuelle : facturée au tarif en vigueur dans l'établissement et en fonction de votre prise en charge mutuelle)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Sexe M F

Nom : Prénom : Nom de naissance :

Adresse : Code postal : Ville :

Né(e) le :/...../..... Téléphone fixe : Portable :

Adresse mail :

Nom de votre médecin traitant : Ville :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° de sécurité sociale : .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

Organisme d'Assurance Maladie : Adresse :

L'ASSURE (à remplir uniquement si le patient n'est pas l'assuré) :

Nom : Prénom : Nom de jeune fille :

Adresse : Code postal : Ville :

Né(e) le :/...../..... Adresse Mail :

Téléphone fixe : Portable :

CONTACTEZ VOTRE MUTUELLE : une prise en charge doit être établie par votre mutuelle avant l'hospitalisation afin de vous éviter de faire l'avance des frais. Remettez la avec cette fiche, lors de votre pré - admission

Avez-vous une mutuelle : OUI NON Laquelle :

Etes-vous pris en charge au titre de la CMU : OUI NON Adresse :

• Votre hospitalisation est-elle liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ?

OUI → Date de l'AT ou de la M. P. :/...../..... NON

Nom de la caisse qui gère l'AT ou la M. P. : Adresse :

• Votre hospitalisation est-elle liée à un accident causé par un tiers ? OUI NON Date de l'accident :

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Téléphone : Lien de parenté :

Fait à le/...../..... Signature de l'Assuré

VOTRE PRE - INSCRIPTION

(mode d'emploi)

1 **Complétez**
le recto de
cette fiche

3 **Remettez**
ces documents
au bureau des
pré - admissions
(grand hall d'accueil
prenez un ticket
« pré-admission »)

2 Photocopies à **joindre** à cette fiche
impérativement :

- **Attestation de sécurité sociale**
(la photocopie de la carte vitale est **INUTILE**)
- Recto/verso de votre **carte de mutuelle**
- Recto/verso de votre **carte d'identité**
- Prise en charge de votre mutuelle

4 Cette formalité **doit être accomplie** :

- **avant ou après la consultation avec l'anesthésiste**
- **par courrier ou par fax (05 67 04 51 64)**
- **par mail** : bureau.entree.union@ramsaygds.fr

NB : une **boîte aux lettres** est à votre disposition près de l'accueil pour déposer ces documents (attention **le dossier doit être complet**)

VOS REPAS

Nous considérons le repas comme un temps fort de plaisir, de convivialité et de soins nutritionnels. Afin de répondre au plus près à vos attentes alimentaires, nous vous remercions de nous indiquer, avant votre hospitalisation **les aliments que vous n'aimez pas** (vos aversions) figurant sur [cette liste](#).

Cocher les aliments que vous n'aimez pas

<input type="checkbox"/> ABRICOT	<input type="checkbox"/> CAROTTE	<input type="checkbox"/> CROISSANT	<input type="checkbox"/> LEGUMES CUITS	<input type="checkbox"/> POISSON
<input type="checkbox"/> AIL	<input type="checkbox"/> CASSIS	<input type="checkbox"/> ENDIVE	<input type="checkbox"/> LEGUMES SECS	<input type="checkbox"/> POMME
<input type="checkbox"/> AGNEAU	<input type="checkbox"/> CELERI	<input type="checkbox"/> EPICE	<input type="checkbox"/> MELON	<input type="checkbox"/> PORC
<input type="checkbox"/> ANANAS	<input type="checkbox"/> CERISE	<input type="checkbox"/> EPINARD	<input type="checkbox"/> OEUF	<input type="checkbox"/> POTAGE / BOUILLONS
<input type="checkbox"/> AUBERGINE	<input type="checkbox"/> CHAMPIGNON	<input type="checkbox"/> FRAISE	<input type="checkbox"/> OIGNONS	<input type="checkbox"/> PRUNE
<input type="checkbox"/> BANANE	<input type="checkbox"/> CHARCUTERIE	<input type="checkbox"/> FRAMBOISE	<input type="checkbox"/> ORANGE	<input type="checkbox"/> RADIS
<input type="checkbox"/> BETTERAVE	<input type="checkbox"/> CHOCOLAT	<input type="checkbox"/> FROMAGE	<input type="checkbox"/> PASTèque	<input type="checkbox"/> RIZ
<input type="checkbox"/> BEURRE	<input type="checkbox"/> CHOU	<input type="checkbox"/> FRUITS	<input type="checkbox"/> PAIN	<input type="checkbox"/> SAUCE
<input type="checkbox"/> BLETTE	<input type="checkbox"/> CITRON	<input type="checkbox"/> FRUITS DE MER	<input type="checkbox"/> PATES	<input type="checkbox"/> SEMOULE
<input type="checkbox"/> BOEUF	<input type="checkbox"/> COMPOTE	<input type="checkbox"/> HARICOT VERT	<input type="checkbox"/> PECHE	<input type="checkbox"/> THE
<input type="checkbox"/> BRUGNON	<input type="checkbox"/> CONCOMBRE	<input type="checkbox"/> KIWI	<input type="checkbox"/> PETITS POIS	<input type="checkbox"/> TOMATE
<input type="checkbox"/> CAFE	<input type="checkbox"/> COURGETTE	<input type="checkbox"/> LAITAGE	<input type="checkbox"/> POIRE	<input type="checkbox"/> VEAU
<input type="checkbox"/> CANARD	<input type="checkbox"/> CREME FRAICHE	<input type="checkbox"/> LEGUMES CRUS	<input type="checkbox"/> POIREAUX	<input type="checkbox"/> VOLAILLE

Pensez à cocher les aliments contre-indiqués avec vos médicaments

Un croissant peut vous être servi le dimanche (si votre régime l'autorise).

Le souhaitez-vous ? OUI NON

Tournez SVP →