DOSSIER D'ADMISSION

A RAPPORTER <u>OBLIGATOIREMENT</u> LORS DE VOTRE CONSULTATION ANESTHESIE OU LE JOUR DE VOTRE EXAMEN

MUNISSEZ VOUS DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTES:

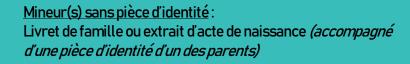




Pièce d'identité valide

- Carte Nationale d'identité
- Passeport
- Carte ou titre de séjour







Carte vitale ou attestation AMELI Pour obtenir l'attestation : www.ameli.fr



Carte de mutuelle



QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

Ce document devra être accompagné d'une pièce d'identité, de votre carte vitale à jour ainsi votre carte de mutuelle complémentaire.

Entrée prévue le :		ASSURE(E) (à renseigner si différent de la personne hospitalisée)			
Chirurgien:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
☐ Ambulatoire	☐ Hospitalisation complète	Nom de naissance :			
		Nom d'usage :			
PATIENT(E) HOSPITALISÉ(E)		Prénom :			
		Date de naissance :			
Nom de naissanc	e :	Sexe : □ M □ F			
Nom d'usage :		Adresse :			
Prénom :					
Date et lieu de na	iissance :	Code postal :			
		Ville :			
Sexe : □ M □ F					
Adresse :		SECURITÉ SOCIALE			
••••					
		Nom de votre caisse d'assurance maladie :			
Code postal :		Nom de votre caisse d'assurance maladie :			
Code postal :		N° d'immatriculation :			
Code postal : Ville : Téléphone :					
Code postal : Ville : Téléphone : Portable : Adresse mail :		N° d'immatriculation ://////			
Code postal : Ville : Téléphone : Portable :		N° d'immatriculation :			
Code postal : Ville : Téléphone : Portable : Adresse mail :	il : 🗆 Oui 🗖 Non	N° d'immatriculation :////// MUTUELLE COMPLEMENTAIRE			
Code postal: Ville: Téléphone: Portable: Adresse mail: Accident de trava (Fournir un justific	il : Oui Non	N° d'immatriculation ://////			
Code postal : Ville : Téléphone : Portable : Adresse mail : Accident de trava	il : Oui Non	N° d'immatriculation :////// MUTUELLE COMPLEMENTAIRE			
Code postal : Ville :	il: Oui Non catif)	N° d'immatriculation :////// MUTUELLE COMPLEMENTAIRE Nom et adresse de votre mutuelle :			
Code postal: Ville: Téléphone: Portable: Adresse mail: Accident de trava (Fournir un justifie) PERSONNE À PRE Nom & Prénom:	il : Oui Non catif)	N° d'immatriculation :////// MUTUELLE COMPLEMENTAIRE Nom et adresse de votre mutuelle :			
Code postal: Ville: Téléphone: Portable: Adresse mail: Accident de trava (Fournir un justifie) PERSONNE À PRE Nom & Prénom:	il: Oui Non catif)	N° d'immatriculation ://///// MUTUELLE COMPLEMENTAIRE Nom et adresse de votre mutuelle :			

N'hésitez pas à vous renseigner sur les modalités de prise en charge de votre séjour à votre mutuelle. Sans accord de prise en charge le jour de votre départ, la totalité des frais de séjour vous sera réclamée.

SIGNATURE PATIENT

DOC ADM 52 7 Révision le 20/07/2022



DEMANDE DE CHAMBRE PARTICULIERE

	•	r en chambre individuell e nous savoir lors de vo	•	•	alisation ?				
	☐ Je souhaite être d	ans une chambre partic	culière						
	Hospitalisa	tion complète	85 €						
	Ambulatoi	re	45 €						
	☐ Je ne souhaite pas	s être dans une chambr	e particulière	2					
Date : _	//	CIONATURE	DEDDESENT	4 NIT I 50 A I					
		SIGNATURE REPRESENTANT LEGAL							
SIGNAT	URE PATIENT	Nom & prénom : E PATIENT En qualité de							
VIVALTO SANTE Hôpital privé de la Miotte	(Pour	r proche l'assembagna	nécessitant ι	ın accomp	agnement)	à titro			
payant :	ong de i nospitansation d'u	ii prociie, i accompagna	int peut bene	enciel dans	ie service, a	atitie			
	Nuitée accompagnant (n	uit + petit déjeuner)		35 € / nι	µitée □				
	Repas accompagnant			10 € / re	pas 🗖				
· -	n charge de ces prestations pas à vous renseigner aup				=	nutuelle.			
	age à régler le reliquat si l la prestation.	ma complémentaire sar	ité ne prend	pas en cha	arge la total	ité des frais			
Date :		SIGNATURE	<u> </u>						

DOC ADM 52 7 Révision le 20/07/2022



IDENTITO

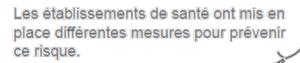
VIGILANCE

POURQUO

nous vous demandons votre pièce d'identité?

L'IDENTITOVIGILANCE

a pour but de prévenir les risques d'erreurs liés à une mauvaise identification.



Il vous sera demandé vos documents d'identité pour vérifier que le logiciel informatique contient les bonnes données.

Votre nom de naissance est votre identifiant principal car il ne change jamais.







Le bracelet d'identification

En cas d'hospitalisation (souvent pour une intervention chirurgicale) il vous sera posé un bracelet d'identification, celui-ci permettra aux professionnels de santé de vous identifier tout au long de votre prise en charge.



Vérifiez bien toutes les données inscrites sur les étiquettes, documents administratifs, bracelet et pensez à communiquer tout changement (nom, adresse, téléphone, mariage, divorce...).

DOC ADM 52 7 Révision le 20/07/2022