CLINIQUE SAINTE ANNE - FICHE DE PRE-ADMISSION

(A compléter entièrement et à remettre au secrétariat d'anesthésie)

APPORTER : Carte vitale +attestation mutuelle à jour + Pièce identité (carte identité ou passeport ou livret famille pour les enfants)

PERSONNE HOSPITALISEE

NOM DE NAISSANCE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **NOM D'USAGE** (Epouse, veuve, ...) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

PRENOMS : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **NE(E) LE** : _ _ _ _ _ _ _ _ **DEPARTEMENT NAISSANCE** _ _ _

ADRESSE domicile : _

CODE POSTAL : _ _ _ _ _ VILLE : _

TELEPHONE PERSONNEL **OBLIGATOIRE** (**vous recevrez un appel la veille de votre intervention en si votre séjour est en Ambulatoire)** :

Domicile /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Portable /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

SI ENFANT OU CONJOINT RATTACHE :
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE _

S'agit-il d'un ACCIDENT DU TRAVAIL : Oui, date de l'accident du travail : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/ NON

Adresse mail : **IMPORTANT** (Le renseignement de ce champ vaut consentement à participation à notre enquête de satisfaction des patients hospitalisés E-SATIS, dispositif national/Le lien pour se connecter au questionnaire vous sera transmis par mail)
_ @ _

PERSONNE A PREVENIR

NOM _ PRENOM _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _