LA PLAINE santé

FICHE D'ADMISSION POUR HOSPITALISATION COMPLÈTE ET CHIRURGIE AMBULATOIRE

CE DOCUMENT EST À COMPLÉTER ENTIÈREMENT ET À TRANSMETTRE* à la Clinique LA PLAINE santé, **10 jours au moins avant le jour de votre entrée**, **accompagné impérativement de :**

- ✓ Votre carte vitale ou votre attestation de carte vitale (feuille jointe à la carte vitale),
- ✓ Votre carte de mutuelle,
- ✓ **Votre carte d'identité, ou carte de séjour, ou passeport, à défaut votre livret de famille.**

* ***Vous pouvez :***

– Opter pour la pré-admission en ligne, pré-inscription sur https://plainesante.fr
– Ou déposer vos documents au standard de la clinique, du lundi au vendredi entre 8h et 19h30 et le samedi entre 8h et 12h30
– Ou envoyer vos documents par courrier postal : Service pré-admission, 123 bd Étienne Clémentel, 63100 Clermont-Ferrand

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À RAPPORTER le jour de l'entrée complétés et signés, à remettre à l'infirmière :

- ✓ Le consentement à la chirurgie ou l'autorisation d'opérer pour les mineurs et les incapables majeurs
- ✓ Le consentement à l'anesthésie
- ✓ La désignation de la personne de confiance pour les adultes

INFORMATION

Le jour de votre entrée à la Clinique LA PLAINE santé, il vous sera réclamé :

***24 €** suite à la circulaire n°DSS/2A/2006/290 du 03.07.2006, mise en place à compter du 1er septembre 2006 (si votre mutuelle ne le prend pas en charge).*

Signature

Merci de bien vouloir renseigner toutes les informations demandées ci-dessous

Nom du chirurgien : .....
Date et heure d'entrée (1ère intervention) : .....
Date et heure d'entrée (2ème intervention) : .....
Nom du médecin traitant : ..... **Adresse :** .....

Nom du patient : ..... **Prénom :** .....
Nom de jeune fille : .....
Date et lieu de naissance : le ..... / ..... / ..... à ..... Sexe : ◯ F ◯ M
Adresse : .....
Code postal : |.....|.....|.....|.....|.....| Ville : .....
Téléphone fixe : ..... Portable : .....
Adresse mail : ..... @ .....

- Déjà hospitalisé(e) à La Plaine ? ◯ OUI ◯ NON
- Invalidité reconnue par la SS ◯ OUI ◯ NON
- Invalidité reconnue par la COTOREP ◯ OUI ◯ NON
- 100% dû à une longue maladie ◯ OUI ◯ NON en rapport avec l'examen ? ◯ OUI ◯ NON
- Congé maternité ◯ OUI ◯ NON
- Accident du travail ◯ OUI ◯ NON
- Article 115 (invalide de guerre) ◯ OUI ◯ NON

Nom de l'assuré : ..... **Prénom :** .....
Nom de jeune fille : .....
Date et lieu de naissance : le ..... / ..... / ..... à ..... Sexe : ◯ F ◯ M
N° de sécurité sociale : |.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|
Centre de paiement sécurité sociale : .....
Mutuelle : .....

Personne à prévenir : Nom : ..... Prénom : .....
Numéro de téléphone : ..... Lien de parenté : .....

Régime particulier : ◯ Curatelle ◯ Tutelle Nom et tél. du tuteur : .....
Adresse du tuteur : .....