



Clinique Saint Faron  
G R O U P E S A I N T G A T I E N



# FICHE DE PRE-ADMISSION

DP.ENR.001

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi notre Clinique pour votre prochaine hospitalisation, nous vous remercions de votre confiance. Afin de **simplifier vos démarches** administratives merci de **lire attentivement cette note**.

## Pour la consultation d'anesthésie

Veillez-vous munir de :

- ▶ Votre **dernière ordonnance** et de vos **derniers examens** (cardiologie, sanguins, etc.) ;
- ▶ Le courrier rédigé par le chirurgien
- ▶ Votre **carton de santé**.

## Avant votre consultation d'anesthésie : vous devez réaliser votre pré-admission à l'accueil/admission de la Clinique

Nous vous remercions de vous présenter au bureau d'accueil avec les documents listés ci-dessous pour effectuer votre préadmission :

- ▶ La fiche de **pré-admission complétée** (page 2 du présent document) ;
- ▶ Votre copie de **carte d'identité** (ou passeport, carte de séjour, extrait de naissance) ;
- ▶ Votre **carte vitale** ;
- ▶ Votre **carte d'assurance complémentaire** ou carte de mutuelle à jour ;
- ▶ Votre **livret de famille et le consentement éclairé pour l'hospitalisation des mineurs** ;
- ▶ Votre document d'accident du travail remis par votre employeur, si c'est votre cas ;
- ▶ Votre carte de victime de guerre - article L115, s'il y a lieu.

**Dès à présent, vous pouvez contacter votre mutuelle afin qu'elle nous fasse parvenir la prise en charge correspondant à votre hospitalisation. Dans le cas contraire, vous pouvez demander à la Clinique d'effectuer la demande de prise en charge dans le cadre d'un forfait administratif à 10€**

Voici les informations qui vous seront utiles pour cette démarche :

N° FINESS : 770813400

Code de parcours patient : DMT 137 pour de l'ambulatoire, DMT 181 pour de l'hospitalisation

N° de fax sur lequel votre mutuelle peut nous adresser la prise en charge : 01 60 23 37 82

## Votre admission

Le jour de votre entrée vous devrez vous présenter au bureau des admissions avec les mêmes documents qu'indiqués ci-dessus, ainsi que :

- ▶ La **prise en charge de votre mutuelle** que vous aurez préalablement demandée à votre organisme pour le **forfait journalier**, la chambre particulière, les **dépassements d'honoraires** ;
- ▶ L'**ordonnance** de votre traitement habituel, **bilans sanguins** et **radiographies**.

***Les médecins et l'ensemble du personnel soignant, hôtelier et administratif sont heureux de vous accueillir et vous souhaitent un agréable séjour.***

## INFORMATIQUE ET LIBERTE

La Clinique Saint Faron dispose de traitements automatisés notamment pour assurer la gestion de votre dossier administratif et médical dans le cadre de votre « parcours patient ».

Toute personne dispose du droit de décider et de contrôler les usages qui sont faits des données à caractère personnel la concernant, dans les conditions fixées par le règlement européen sur la protection des données applicable au 25 mai 2018.

En application de ces lois, vous pouvez exercer un droit d'accès aux informations vous concernant et de rectification et/ou suppression éventuelle de vos données, en adressant un courrier à la Direction de la clinique.

Je soussigné(e) ..... consent à l'utilisation de mes données personnelles dans le cadre de ma prise en charge au sein de la clinique Saint Faron.

Date et signature :

## Partie réservée au secrétariat du praticien

Personne handicapée :  OUI  NON Majeur protégé :  OUI  NON  
Date d'entrée : ..... Heure : ..... Date de sortie prévisionnelle : .....  
Nom du Praticien : .....  
Transfert SSR  OUI  NON  
Service d'hospitalisation :  Médecine -  Chirurgie -  Ambulatoire -  Externe  
L'hospitalisation est-elle en rapport avec l'affection à 100% ?  OUI  NON  
Dépassement d'honoraires : ..... Euros

## Fiche administrative

### État civil du patient

Pour votre sécurité lors de votre hospitalisation, l'identité retenue est celle indiquée sur votre carte nationale d'identité. Cette dernière vous sera demandée lors des démarches administratives.

**Veillez renseigner les items ci-dessous conformément à votre carte d'identité.**

Nom d'usage : .....  
Prénom : .....  
Nom de naissance : .....  
Né(e) le : ..... Sexe : M - F  
Lieu de naissance : .....  
Département : ..... Pays : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....  
Email : ..... @ .....  
N° de sécurité Social : .....  
Nom et prénom de l'assuré : ..... Date de Naissance assuré : .....  
Nom de l'organisme de Mutuelle : .....

### Personne à prévenir

Cela peut être un parent, un proche. C'est la première personne qui sera prévenue du déroulement de l'hospitalisation.

Nom : .....  
Prénom : .....  
Parenté : .....  
Téléphone : .....

### Personne de confiance

Cela peut être un parent, un proche, le médecin traitant. Son rôle est d'accompagner la personne malade, d'assister aux entretiens médicaux, de recevoir les informations médicales et d'être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

Nom : .....  
Prénom : .....  
Parenté : .....  
Téléphone : .....  
 Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

### Directives anticipées

Avez-vous rédigé vos directives anticipées  oui  non (si oui, les transmettre à l'infirmière du service).

### Médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal ..... Ville : ..... Téléphone : .....  
Email : ..... @ .....  
Date : ..... Signature : .....