

Renseignements administratifs pour l'admission

Merci de déposer ce dossier à l'accueil de la clinique
au moins 8 jours avant la date de votre entrée.

CLINIQUE BRETECHE – SERVICE ADMISSIONS
3, RUE DE LA BERAUDIÈRE – BP 54613 – 44046 NANTES CEDEX 01
Téléphone : 0890 710 711 – Fax : 02 40 37 96 61

Merci de joindre à ce dossier une copie de votre pièce d'identité
(carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour.)
Vous devrez présenter l'original le jour de votre admission

Merci de compléter ce formulaire en majuscules

Date de votre séjour (Date du terme si accouchement) : / /

Dans le cadre d'un accouchement : Date du début de grossesse : / /

Nom du praticien responsable de votre hospitalisation :

PATIENT

M Mme SEXE : F M

Nom de naissance : Prénom(s) de naissance :

Nom d'usage (marital) : Date de naissance :

Lieu de naissance (Code postal et ville) :

Adresse :

Code postal : Ville :


Tél fixe : Portable :

Adresse e-mail :@.....

Faites-vous l'objet d'une mesure de curatelle, ou tutelle, ou sauvegarde de justice ? OUI NON

Si oui : fournir un justificatif et indiquer les coordonnées de la personne/organisme référent :

Si patient mineur, mentionner les coordonnées du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale et joindre justificatif (ex : jugement) :

 **Sauf opposition de votre part**, le personnel de la clinique est autorisé à renseigner toute personne sur votre numéro de chambre, et à vous transmettre les appels téléphoniques.

ASSURE(E) SOCIAL(E) (si différent(e) du patient)

Le patient est : Le conjoint L'enfant Autre :

M Mme - SEXE : F M

Nom de naissance : Prénom(s) de naissance :

Nom d'usage (marital) : Date de naissance :

Lieu de naissance (Code postal et ville) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél fixe : Portable :

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

Nom de l'organisme dont vous dépendez :

N° d'immatriculation : / / / / / / / / / /

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

Avez-vous une mutuelle complémentaire ? OUI NON

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

OU Bénéficiez-vous de la CSS ? OUI NON

EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL

S'agit-il d'un accident :

- Causé par un tiers OUI NON
- Accident du travail OUI NON
- Maladie professionnelle OUI NON

Date de l'accident : / /

Fournir le document ou l'attestation d'accident du travail

MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom : N° tél :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Avez-vous déclaré votre choix du médecin traitant à votre caisse d'assurance maladie ? OUI NON

PERSONNE A PREVENIR

Personne de votre choix (famille ou autre) qui pourra être contactée en cas de nécessité par les services administratifs ou médicaux

Nom : Prénom :

Lien : Téléphone :

POUR LES FRAIS QUI SERONT PRIS EN CHARGE PAR VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ET PAR VOTRE MUTUELLE, MERCI DE JOINDRE :

- Une photocopie de **l'attestation de droits de votre organisme d'assurance maladie** ou venir avec votre **carte vitale**
- Une photocopie recto verso de votre **carte mutuelle** en cours de validité ou une prise en charge si nécessaire ;
- Une photocopie de la **feuille d'accident ou de maladies professionnelles** délivrée par votre employeur.
(Si votre intervention est en rapport avec cet accident).
- Une photocopie de **l'accord de 100%** si parcours en PMA.
- Une photocopie d'une **pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour, permis de conduire).

Je certifie avoir pris connaissance des informations transmises à travers le livret d'accueil de la clinique.
Je certifie exactes les informations données et accepte les termes du document.

Fait à Nantes, le __ / __ / ____

Signature du patient ou du représentant légal :

Les prestations hôtelières vous seront proposées par l'équipe d'accueil de la clinique.