Clinique La Parisière
Avenue Antonin Vallon - 26300 BOURG DE PEAGE
Tél : 04.75.70.30.00 - Fax : 04.75.70.80.48

Service des admissions
admission@laparisiere.com

FICHE DE PRE-ADMISSION

- ✓ *A compléter**, puis à remettre à lôaccueil le jour de votre rendez-vous avec l'anesthésiste** avec votre carte vitale, mutuelle, pièce dôidentité et carte de groupe sanguin.*
- ✓ *Les formalités de pré-admission sont obligatoires.*

Nom : ..... **Prénom :** .....
(Écrire en Majuscule)
Nom de jeune fille : é

Date de naissance : é é é ./é é é ./é é é é é é **Sexe** : Féminin ❑ Masculin ❑

Adresse : .....

Code Postal : é é é é é é é é **Ville** : é

Téléphone : é é ../é .é ./é é ../é é ../é ..é **Portable** : é é ../é .é ./é é ../é é ../é ..é

Email : é é é é é é é é é é é é é é é é

Personne 1 à prévenir : é é é é é é é é é é é **Lien de parenté :** é é é é é é é é é é é

Téléphone : é é ../é .é ./é é ../é é ../é ..é ..... **Portable** : é é ../é .é ./é é ../é é ../é ..é

Personne 2 à prévenir : é é é é é é é é é é é **Lien de parenté :** é é é é é é é é é é é

Téléphone : é é ../é .é ./é é ../é é ../é ..é **Portable** : é é ../é .é ./é é ../é é ../é ..é

Admission prévue le : ____/____/____ à é ... h é é

En Ambulatoire (*1 journée*) ❑ ou En Hospitalisation (*au moins 1 nuit*) ❑

Intervention prévue le : ____/____/____ **Nom du chirurgien** : Dr .....

Demande de chambre seule (avec supplément et selon disponibilité) : Oui ❑ Non ❑

Nom du médecin traitant : Dr é .é

Médecin traitant déclaré à la CPAM : Oui ❑ Non ❑

Nom et Prénom de lôAssuré(e) : .....
(si le patient nôest pas lôassuré(e))

A renseigner en cas dôabsence de carte vitale :

Centre de Sécurité Sociale : .....

N° de Sécurité Sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

A renseigner en cas dôabsence de carte de mutuelle :

Nom de la Mutuelle : .....

Adresse : .....

N° dôadhérent de Mutuelle : é é é é é é é é é é é é é . Garantie : é é é é é é é é é .

Signature du patient :