DEMANDE D'ADMISSION

Clinique Ambroise Paré 4, av. Émile Zola - 59800 LILLE
Tél. : 0 826 20 47 00 (0.15€ ttc la minute) - Fax : 03 20 12 26 02

HPM
HÔPITAL PRIVÉ MÉTROPOLE

Praticien

Docteur : _____

Feuillet à adresser par vos soins après votre consultation et au plus tôt à l'accueil de la clinique (envoi postal ou dépôt)

Consultation	Entrée	Intervention	Sortie Prévisionnelle
Le ____/____/20____	Le ____/____/20____ à ___h___	Le ____/____/20____	Le ____/____/20____

Patient(e)

Nom : _____	Nom de jeune fille : _____	Prénom : _____

Date de naissance : Le ____/____/__ ____	Sexe ❍ M ❍ F	Tél[1] ___/___/___/___/___ Tél[2] ___/___/___/___/___

Anesthésie : ❍ A.G. ❍ Sedation ❍ A.L.R ❍ A.L. par le chirurgien
Prévoir un placement à la sortie : SSR ❍ Oui ❍ Non - Sortie en HAD ❍ Oui ❍ Non

Côté à opérer
❍ Gauche ❍ Droit
❍ Bilatéral

Nature de l'hospitalisation

DESENSIBILISANT

DESENSIBILISANT

Partie à compléter en MAJUSCULES par vos soins et à adresser à la clinique avant votre admission

Patient(e)

Nom : _____

Prénoms : _____

Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

C-P : _____ Ville : _____

Tél[1] : ____/____/____/____/____ Tél[2] : ____/____/____/____/____

Né (e) le : _____/_____/_____ à : _____

Parenté avec l'assuré : _____

Handicap particulier : _____

Profession : _____

♦ **Médecin traitant** : Dr _____

Adresse : _____

C-P : _____ Ville : _____

♦ **Caisse de sécurité sociale** :

Caisse de : _____

N° sécurité sociale : /_ / ___ / ___ / ___ / ____ / ____ / /___ /

Accident du travail ou maladie professionnelle : ❍ oui ❍ non

Date de l'accident : ___/____/_____

♦ **Mutuelle** : _____

Adresse : _____

C-P : _____ Ville : _____

♦ **Personne à prévenir** : _____

Tél. de la personne à prévenir : ____/____/____/____/____

Lien avec le patient : ❍ Parenté ❍ Autre : _____

Adresse : _____

C-P : _____ Ville : _____

♦ **Chambre particulière** : ❍ Oui ❍ Non
Signature :

Assuré(e) sociale

A remplir uniquement si le patient n'est pas l'assuré.

Nom : _____

Prénoms : _____

Nom de jeune fille : _____

Né(e): le : _____/_____/_____à : _____

Adresse : _____

C-P : _____ Ville : _____

IMPORTANT : Questionnaire à remplir très exactement (en majuscules) et à retourner à la clinique avec la photocopie de votre attestation de votre carte vitale, afin de faire la demande de prise en charge auprès de votre caisse. La demande de prise en charge auprès de la Mutuelle est effectuée par vos soins.

Conception et réalisation : Service Communication HPM version 11-2012