

DEMANDE D'ADMISSION

Clinique la Victoire 1, quai du Havre - 59200 TOURCOING
Tél. : 0 826 20 50 00 (0.15€ ttc la minute) - Fax : 03 20 11 51 49



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

Le ___/___/20___

Entrée

Le ___/___/20___ à ___h___

Intervention

Le ___/___/20___

Sortie Prévisionnelle

Le ___/___/20___

Patient(e)

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

Date de naissance : Le ___/___/____ Sexe M F Tél¹ ___/___/___/___/___ Tél² ___/___/___/___/___

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

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 : _____

Tél¹ : ___/___/___/___/___ Tél² : ___/___/___/___/___

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.