

# DEMANDE D'ADMISSION

Polyclinique Val de Lys 167, rue Nationale - 59200 TOURCOING  
Tél. : 0 826 20 47 01 (015€ TTC/MIN) - Fax : 03 20 23 48 90



## Praticien

Docteur : \_\_\_\_\_

**Feuille 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.