

RECONNAISSANCE D'INFORMATIONS

Je souigné (e),

NOM : _____ Prénom (s) : _____

Date de naissance : ____/____/____

Parent de l'enfant hospitalisé (le cas échéant) :

NOM : _____ Prénom (s) : _____

Reconnaît avoir reçu les informations nécessaires en ce qui concerne mon :

intervention chirurgicale de type : _____

intervention médicale de type : _____

anesthésie éventuelle de type : _____

qui sera réalisée en date du ____/____/20____, par le Docteur _____,
les avoir comprises, et en acceptant les conditions.

J'ai pris connaissance du secteur de conventionnement de la Sécurité Sociale de mon praticien et des dépassements d'honoraires éventuels qu'il compte pratiquer.

Code C.C.A.M. : _____ Base de remboursement : _____ €

Dépassements d'honoraires : _____ €

En cas d'anesthésie, un document similaire me sera remis lors de la consultation pré-anesthésique.

J'ai pris connaissance des frais de séjour de la clinique inhérent à mon hospitalisation (disponible sur le site internet du groupe hpm : <http://www.groupehpm.com>, à l'accueil de la clinique ou sur la fiche "tarification hôtelière" présente dans le livret d'accueil).

Fait à : _____

Le : ____/____/20____,

Signature du patient* :

* Signature du patient ou signature des deux parents impérative en cas d'hospitalisation d'un mineur.