



- Hospitalisation Ambulatoire Externe Maternité
 Motif (intitulé de la pathologie):
 Intervention :
 Durée du séjour :

Si vous n'avez pas réalisé votre inscription en ligne via le portail patient, ces documents sont à remplir obligatoirement.

Portail patient : RAMSAYSERVICES.FR

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Le Patient

Date d'entrée :/...../ Heure : Sexe : F H
 Nom : (MAJUSCULES).....
 Nom de JF : (MAJUSCULES)
 Prénom : Date de naissance :/...../.....
 Adresse :

 Adresse mail :
 Téléphone : Portable :
 Patient sous TUTELLE : OUI NON sous CURATELLE : OUI NON
 Si OUI, Nom de la Personne responsable (MAJUSCULES) :
 Téléphone (**obligatoire**) :
 Médecin traitant : **Nom/Prénom/Adresse**
 Déclaré à la CPAM oui non
 N° de Sécurité Sociale :
 Caisse d'affiliation (CPAM, MSA ...) :
 Nom / adresse mutuelle :

L'assuré(e) social(e), à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)

Nom : (MAJUSCULES).....
 Nom de JF : (MAJUSCULES)
 Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Adresse :

 Téléphone : Portable :

Personne à prévenir :

Nom / Prénom :
 Lien de parenté :
 N° de tél :

Signature :

Signature de la personne responsable
(patient sous tutelle ou curatelle)