

**FICHE DE PRE ADMSSION**

TAMPON PRATICIEN

HÔPITAL PRIVÉ
ARRAS-LES BONNETTES

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

Faire parvenir ce document **dès connaissance de l'information** d'hospitalisation au service des pré-admissions

☎ **Par fax** : 03.21.60.20.04

☎ **Par mail** : hpalb-admission@gsante.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)