

SEJOUR _____

| | |
|------------------------------|------------------------|
| Nom du médecin responsable : | Votre date d'entrée : |
| | Votre heure d'entrée : |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT _____

| | | |
|---|---------------|--|
| Nom d'usage (ou marital) : | Prénom : | Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Nom de naissance : | | |
| Né(e) le : | Tél : | |
| Adresse : | | |
| Ville : | Code postal : | |
| Mail : | | |
| Nom du médecin traitant : | | |
| Personne à prévenir : | Tél : | |
| Lien de parenté : | | |
| Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice (si concerné) : | | |

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E), si le patient n'est pas l'assuré(e) _____

| | |
|--|--|
| Quel est le lien avec le patient ? <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Nom d'usage (ou marital) : | Prénom : |
| Nom de naissance : | Né(e) le : |

ASSURANCE/MUTUELLE _____

| | |
|--|-----------|
| Nom de la caisse et N° de Sécurité Sociale : | |
| Nom Mutuelle : | Adresse : |

COPIE DES PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE À CETTE FICHE :

✕ CARTE MUTUELLE ✕ PIÈCE D'IDENTITÉ (PATIENT ET RESPONSABLE) ✕ PAPIERS DE TUTELLE OU CURATELLE

Veillez cocher la case correspondant à votre souhait (suivant disponibilités) :

| | | | |
|--|---|--|---|
| Hospitalisation complète : | | | |
| <input type="checkbox"/> Chambre seule (90 €/j en chirurgie ou 80 €/j en médecine) | <input type="checkbox"/> Chambre standing (120 €/j) | <input type="checkbox"/> Chambre double | |
| Hospitalisation ambulatoire : | | | |
| <input type="checkbox"/> Eco Box espace individuel (30 €/j) | <input type="checkbox"/> Chambre seule (40 €/j) | <input type="checkbox"/> Chambre standing (50 €/j) | <input type="checkbox"/> Chambre double |

Date et Signature :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au service DPO par e-mail sur l'adresse dpo@clinique-blois.com.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.