

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A remplir et transmettre au bureau des admissions
admissions@clinique-blois.com

SEJOUR _____

Nom du médecin responsable :	Votre date 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 PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE A CETTE FICHE :

✕ CARTE MUTUELLE ✕ PIECE D'IDENTITE (PATIENT ET RESPONSABLE) ✕ PAPIERS DE TUTELLE OU CURATELLE

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

Hospitalisation complète :

- Chambre seule (96 €/j en chirurgie maternité et médecine) Chambre standing (120 €/j)
 Chambre double (gratuit)

Hospitalisation ambulatoire : (pour un séjour sur le plateau ophtalmologie pas de case à cocher)

- Eco Box espace individuel (30 €/j) Chambre seule (40 €/j) Chambre standing (50 €/j) Chambre double

Date et Signature :