

QUESTIONNAIRE DE PRÉ ADMISION

A compléter et retourner accompagné des copies des documents demandés

PATIENT	ASSURÉ
Nom utilisé:..... Nom de naissance:..... Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Mail :@..... ☎ :/...../..... ☎ :/...../..... Né le : À :	A remplir si l'assuré n'est pas le patient Nom de naissance:..... Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Mail :@..... ☎ :/...../..... ☎ :/...../..... Né le : À :

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° SS :/...../...../...../..... Clé :

Caisse : AME : Oui Non
 Adresse : C2S : Oui Non
 Code Postal : Ville :

MUTUELLE N°1	MUTUELLE N°2
Nom mutuelle : N° Adhérent : Adresse : Code Postal : Ville : ☎ :/...../.....	Nom mutuelle : N° Adhérent : Adresse : Code Postal : Ville : ☎ :/...../.....

HOSPITALISATION COMPLÈTE **HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE**

Nom du médecin traitant déclaré à la Sécurité Sociale :
 Pas de médecin traitant déclaré :

Nom du Chirurgien DH* montant :€
 Date d'entrée prévue le :/...../..... Intervention prévue le :/...../.....
 *Dépassement d'honoraires le cas échéant.

Personnes à prévenir :

Nom : Prénom :
 Parenté
 ☎ :/...../..... ☎ :/...../.....

Nom : Prénom :
 Parenté
 ☎ :/...../..... ☎ :/...../.....

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

S'agit-il d'un accident du travail ? Oui Non
 Si oui, date de l'accident :/...../..... Date de rechute :/...../.....

Quelle est la caisse qui gère l'accident du travail ?

S'agit-il d'un accident causé par un Tiers ? Oui Non
 Si oui, date de l'accident :/...../.....

Le patient est-il sous tutelle ? Oui Non
 Coordonnées du tuteur :

Le patient est-il sous curatelle ? Oui Non
 Coordonnées du curateur :