

**Vous devez IMPERATIVEMENT apporter ce document complété lors de votre admission afin de ne pas retarder votre prise en charge**

Nom d'usage ou nom de famille: ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse e-mail: ..... @.....

## Personne à prévenir :

Nom-prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone : ...../.....

## Personne de confiance :

Je soussigné(e), (nom, prénom, lien de parenté ou qualité) .....,

accepte d'être la personne de confiance de (nom, prénom) .....

Adresse : .....

Téléphone : ...../.....

(Vous trouverez toutes les informations relatives à la personne de confiance dans le livret d'accueil de l'établissement).

Date : ..... Signature : .....

## Autorisation d'opérer pour les mineurs :

- **Pour un mineur, la signature des deux parents est indispensable. Si l'un des parents ne dispose plus de l'autorité parentale, un justificatif est nécessaire.**
- **Apporter une photocopie du livret de famille**

Nous soussignés, (nom, prénom, lien de parenté)

.....

.....

.....

.....

Donnons l'autorisation d'opérer : (nom, prénom)

.....

Date :

Signatures :

## Autorisation d'opérer pour les majeurs sous tutelle/sous curatelle (si le patient ne possède pas les facultés mentales pour prendre les décisions concernant sa santé):

Je soussigné(e), (nom, prénom, lien de parenté ou qualité)

.....,

Donne l'autorisation d'opérer : (nom, prénom)

.....

Date :

Signature :

## Directives anticipées :

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? OUI

NON  (Vous trouverez toutes les informations relatives aux directives anticipées dans le livret d'accueil de l'établissement).

Si oui, pensez à en remettre une copie à l'infirmier(e) qui les conservera dans votre dossier.

## Si votre intervention se fait en ambulatoire :

La prise en charge à la journée m'a été expliquée, a été comprise et est acceptée :  OUI  NON

## Une personne accompagnante majeure doit être présente à domicile jusqu'au lendemain :

Nom/ prénom : ..... Lien de parenté : .....

## Médecin traitant:

Nom/Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

## Votre intervention est en lien avec :

- Un accident du travail                       Une maladie professionnelle                       Sans rapport

## Confidentialité :

Souhaitez-vous que votre présence au sein de la clinique reste confidentielle (seules les personnes présentes sur une liste fournie par vos soins pourront vous contacter) ?                       OUI     NON

## Autorisations (cocher les cases correspondantes) :

Je soussigné(e), .....,

- N'autorise PAS la clinique à acheter en mon nom tout matériel remboursable, sang ou dérivés sanguins que pourrait éventuellement nécessiter mon état de santé.
- N'autorise PAS la clinique à entreprendre tous les prélèvements sanguins nécessaires en cas de piqûre ou d'exposition au sang pour l'ensemble des professionnels de santé amenés à me prendre en charge au cours de mon séjour.
- N'autorise PAS la clinique à utiliser mon image dans le cadre du dossier patient informatisé. Celle-ci sera utilisée afin d'assurer la qualité et la sécurité de ma prise en charge et de prévenir les risques d'erreur liés à l'identité.
- N'autorise PAS un(e) étudiant(e) (infirmier, aide-soignant) encadré par des professionnels de santé de chaque discipline, à me dispenser des soins au cours de mon hospitalisation.
- N'autorise PAS que les données de votre dossier médical soient échangées si nécessaire avec d'autres professionnels de santé afin d'améliorer la qualité de votre suivi et la continuité de vos soins (CNIL).

Je suis informé(e) que des prélèvements biologiques complémentaires, nécessaires au bon déroulement de mes soins, pourront éventuellement être effectués. Ils peuvent faire l'objet d'un reste à charge, remboursé par certaines mutuelles.

Signature :

## Engagement de payer :

Je choisis l'attribution :

- d'une chambre particulière durant toute la durée de mon hospitalisation (Tarif : 70 €/jour en hospitalisation, 30 € en ambulatoire) :                       OUI                       NON
- d'une chambre Sérénité (Tarif : 85 €/jour m'assurant une chambre particulière pour toute la durée de mon séjour) :                       OUI                       NON
- d'une chambre double :                       OUI                       NON

Je suis informé(e) du tarif en vigueur affiché concernant la chambre particulière, je vérifie que la prise en charge est prévue auprès de ma mutuelle.

J'ai bien été informé(e) et je déclare m'engager à payer, le jour de ma sortie, l'ensemble des frais (forfaits médicaux, frais de séjour, suppléments éventuels) non pris en charge par ma mutuelle et/ou en cas d'absence de prise en charge dans mon dossier ou par la sécurité sociale.

Date :

Signature :