

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – PRE-ADMISSION 2007

Attention ! Cette pré-admission est soumise à condition :

- 1. Vous êtes suivi par un médecin de la Polyclinique de Blois
- 2. Vous avez effectué votre visite pré-anesthésique à la Polyclinique de Blois

Date d'entrée : _____ Heure d'entrée : _____

N° de chambre : _____ Médecin Clinique : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (A remplir lisiblement) :

M Mme Melle

NOM (Majuscule) : _____ NOM DE JEUNE FILLE : _____

Prénom : _____ Date de Naissance : _____ Dpt de Naissance :

ADRESSE : _____

Code postal : _____ VILLE : _____

TEL : _____ Profession : _____

Personnes à prévenir :

1 _____ Lien de parenté : _____ Tél Dom : _____

Tél Trav. : _____

2 _____ Lien de parenté : _____ Tél Dom : _____

Tél Trav. : _____

Médecin Traitant : _____

CHOIX DE VOTRE CHAMBRE :

Chambre double

Chambre seule
Sous réserve de disponibilité

Chambre standing
Sous réserve de disponibilité

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) :

**Joindre impérativement une photocopie de
votre attestation de Carte Vitale + carte de mutuelle**

Nom et adresse de la Caisse : _____

Nom et adresse de la Mutuelle : _____

SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURE, RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE :

M Mme Melle Enfant

NOM (majuscule) : _____ NOM DE JEUNE FILLE : _____

Prénom : _____ Profession : _____

Date de Naissance : _____ Département de Naissance :

TRANSPORT : **AMBULANCIER SOUHAITE :** _____