



BULLETIN D'ADMISSION

Il est indispensable de remplir cet imprimé APRES avoir vu l'anesthésiste et AVANT votre hospitalisation

IMPORTANT → votre n° de sécurité sociale (personne assurée)

Bulletin à nous envoyer par mail à l'adresse suivante : bureau.entrees@cliniquesaintcharles.fr

PERSONNE HOSPITALISEE

(A compléter en lettres majuscules)

Date d'entrée : Heure :

Nom du chirurgien : Ambulatoire / Hospitalisation
(Hospitalisation à la journée) (au moins une nuit)
(Entourer votre modalité d'hospitalisation)

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance : Sexe : ...

Adresse :
.....

Numéro de téléphone personnel : Numéro de portable :

Adresse mail :@.....

S'agit-il d'un accident de travail ? OUI NON
Si oui, date de l'accident de travail :
joindre un justificatif

Nom de la mutuelle :
Demandez à votre Mutuelle de nous adresser la prise en charge.

Bénéficiez-vous de la CMU ? OUI NON
Si oui, joindre votre attestation CMU

Personne à prévenir : Numéro de téléphone :

PARTICULARITES

1 - Handicap et/ou dépendance envers un appareil médical : OUI NON
exemple : fauteuil roulant, oxygène...
Si oui, quel handicap ou quelle dépendance :

2 - Régime alimentaire particulier sur prescription médicale :



PATIENT MINEUR ou PATIENT SOUS TUTELLE

Une autorisation d'opérer est médico-légalement indispensable (formulaire téléchargeable sur le site www.cliniquesaintcharles.fr).

- Si vous êtes mariés ou pacsés ou en union libre,
Si vous êtes divorcés et les 2 parents détiennent l'autorité parentale,
L'autorisation d'opérer doit être signée des 2 parents. Vous devez apporter les 2 cartes d'identité (ou copies) lors de l'entrée.
- Si vous êtes divorcés, et que l'un des deux parents est déchu de l'autorité parentale
L'autorisation d'opérer doit être signée du parent détenteur de l'autorité parentale. Vous devez apporter la copie du jugement sur l'autorité parentale et la carte d'identité (ou copie) lors de l'entrée.
- Si vous êtes un parent isolé
Vous devez apporter votre carte d'identité (ou copie) et votre livret de famille.
- Si vous êtes le tuteur d'un majeur sous tutelle :
La signature du tuteur sur l'autorisation d'opérer pour attester que vous avez été informé de l'acte chirurgical.

PERSONNE ASSUREE

(si différente de la personne hospitalisée)
(A compléter en lettres majuscules)

Nom de l'assuré :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

PERSONNE ACCOMPAGNANTE

Vous souhaitez, durant votre séjour, être accompagné par une personne. Votre demande est motivée par :

- votre état de santé (dépendance, maladie chronique type Alzheimer, enfant mineur,...) oui non
Si oui, motif de la demande :
- pour convenance personnelles oui non

Dans tous les cas, votre demande sera étudiée la semaine précédent l'hospitalisation. Compte tenu de l'activité, il est possible de ne pas répondre favorablement à cette demande, auquel cas vous en serez averti préalablement.



PRESTATIONS HOTELIERES <i>que vous soyez Hospitalisé ou en Ambulatoire</i>
--

Je demande :

- Une chambre particulière (70€/ jour) : oui non
(dans la mesure des disponibilités)
- La télévision (5€/ jour) : oui non
- Le branchement d'une ligne téléphonique permettant d'appeler l'extérieur (4€l'ouverture de ligne + consommation) : oui non
- L'accès WiFi oui non

J'ai été informé du prix de ces prestations.

Demande remplie par une autre personne que le patient oui non

Je m'engage à régler la totalité des ces prestations, éventuellement déduction faite de la part prise en charge par la mutuelle.

Fait à : Le Signature :

IMPORTANT : Remplir cette fiche pour nous indiquer les coordonnées de « la personne de confiance » que vous avez choisie. Cependant, vous devrez malgré tout apporter, lors de votre hospitalisation, cette même fiche signée par cette personne de confiance

En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111.6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Fiche de désignation de la personne de confiance

- Je soussigné(e),

NOM marital de la personne hospitalisée : Nom de jeune fille :
Prénom(s).....
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Téléphone(s) :
Fax/e-mail

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue de :

Hospitalisation Actes en ambulatoire Soins externes
à compter dupour la durée du traitement

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit l'établissement.**

Je souhaite désigner comme **personne de confiance** :

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM marital de la personne de confiance : Nom de jeune fille :
Prénom(s).....
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Téléphone(s) :
Fax/e-mail

* Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

* Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes les démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

Oui Non

**J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas,
Je m'engage à en informer par écrit l'établissement.**

Fait à :

Cochez cette case pour acceptation et signature

Le :

Cadre réservé à la personne de confiance :

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à

Signature de la personne de confiance

Le :

IMPORTANT : ne remplir cette fiche que si vous modifiez les coordonnées de votre « personne de confiance »

Important : En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111.6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Bordereau de Changement de désignation de la personne de confiance

Cette fiche annule et remplace la précédente fiche datée du

- Je soussigné(e),

NOM marital : Nom de jeune fille :

Prénom(s)

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Fax/e-mail

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue de :

- Hospitalisation Actes en ambulatoire Soins externes
à compter du pour la durée du traitement

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la fiche précédente, sans en désigner une nouvelle.

Je souhaite désigner une **personne de confiance** (soit en l'absence de première désignation, soit en lieu et place de la personne désignée dans la précédente fiche) :

- Monsieur Madame Mademoiselle

NOM marital : Nom de jeune fille :

Prénom(s)

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Fax/e-mail

* Cette personne de confiance, légalement capable, est :

- Un proche Un parent Mon médecin traitant

* Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes les démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

- Oui Non

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas,

Je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à :

- Cochez cette case pour acceptation et signature

Le :

Cadre réservé à la personne de confiance :

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à

Signature de la personne de confiance

Le :

Clinique Saint Charles

25 Rue De Flesselles

69283 Lyon Cedex 01

FORMULAIRE A REMPLIR POUR L'ADMISSION DE TOUT MINEUR OU DE MAJEUR PROTEGE

Autorisation d'opérer

Pour un mineur, l'autorisation d'opérer des deux parents est obligatoire..*

Pour un majeur sous tutelle, le tuteur doit être informé de l'acte chirurgical.

Nous soussignons, mère et
..... père de
l'enfant né(e) le,

donnons l'autorisation de pratiquer les soins : examens, intervention chirurgicale, anesthésie générale, que nécessite son état de santé.

confions ce dernier aux praticiens de la Clinique Saint Charles à la date du
(Inscrivez la date d'entrée dans l'établissement de la personne)

Date et signature de la mère

date et signature du père

date et signature du tuteur
(attestant qu'il a été informé de
l'acte chirurgical)

*** LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002** relative à l'autorité parentale (1) NOR: JUSX0104902L

Extrait : Article 2 - L'article 371-1 du code civil est ainsi rédigé :

« Art. 371-1. - L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. « Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

« Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. »

En cas d'absence des parents :

- le bureau des entrées tente de les joindre et d'obtenir un écrit de l'un des deux.

- si les parents ne sont pas joignables :

urgence : les soins sont effectués.

non urgence : il convient d'attendre qu'un des parents soit joignable. »