

DOSSIER ADMINISTRATIF PATIENT

À REMPLIR PAR LE PATIENT, LE REPRESENTANT LEGAL OU LE TIERS DE CONFIANCE

Le jour de votre admission, merci de vous munir des documents suivants :

- Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour en cours de validité Carte Vitale Carte de Mutuelle

Ces documents sont indispensables à la constitution de votre dossier administratif.

CADRE RESERVE A LA CLINIQUE (NE PAS REMPLIR)

Pièces justificatives de l'identité présentées à l'admission

- Carte d'identité Passeport Titre de séjour Aucune

Pièces justificatives de prise en charge identité présentées à l'admission

- Carte Vitale Carte de Mutuelle Autre : Aucune

Commentaires : _____ Visa BE : _____

VOTRE IDENTITE

NOM de naissance : _____ NOM d'usage : _____

Prénom : _____ Homme Femme

Né(e) le : _____ à : _____ Département : _____

VOS COORDONNEES

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____

Adresse email : _____

VOS INFORMATIONS DE PRISE EN CHARGE POUR VOTRE SEJOUR

Identité de l'assuré

NOM de l'assuré : _____ Nom de la Caisse : _____

Prénom de l'assuré : _____ Adresse de la Caisse: _____

Né(e) le : _____

A : _____ CP : _____ Ville : _____

Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré : _____

Mutuelle : OUI Nom : _____ Numéro adhérent : _____ NON

CMU (Couverture Mutuelle Universelle): OUI Date de validité : _____ NON

ALD (Affection Longue Durée 100%): OUI Démarches en cours NON

Catégorie de chambre pour une hospitalisation complète

Dans le cadre de votre hospitalisation, vous souhaitez (*Votre souhait sera pris en compte dans la mesure du possible*) :

- une chambre à 2 lits
 une chambre particulière (chambre seule avec prestations TV, téléphone, Internet).

Un supplément pourra être demandé, renseignez-vous auprès de votre mutuelle. Cf. Tarifs.

VOS DROITS RELATIFS A LA PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

La Clinique Saint-Yves s'engage à traiter vos données personnelles de manière loyale et licite, dans le respect des dispositions de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, dit « Règlement Général sur la Protection des Données » (ou « RGPD »). Cf. Informations pour votre séjour

J'accepte de :

- Recevoir des informations et communications de la part de la Clinique Oui Non
- Participer à des enquêtes ponctuelles destinées à améliorer nos pratiques au bénéfice des patients Oui Non
- Participer à l'enquête nationale de satisfaction e-Satis SSR, concernant votre séjour à la Clinique Oui Non

La Clinique a l'obligation de participer à cette enquête diligentée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Ministère de la Santé. Il s'agit d'un questionnaire communiqué par mail. Vous pouvez, à tout moment, faire valoir vos droits sur vos informations personnelles auprès des organismes concernés. Cf. Livret d'accueil

Concernant votre présence dans l'établissement

- J'AUTORISE** le personnel de la Clinique à confirmer ma présence à toute personne (famille, amis, connaissances,...) qui en ferait la demande.
- Je N'autorise PAS** le personnel de la Clinique à confirmer ma présence à toute personne (famille, amis, connaissances,...) qui en ferait la demande.

VOS PERSONNES A PREVENIR

Dans le cadre de votre séjour, vous devez informer la Clinique des personnes à prévenir en cas de problème. Elles seront contactées par ordre de priorité.

Rang 1

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté ou autre : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____

Adresse email : _____

- J'AUTORISE** la Clinique à divulguer des informations médicales me concernant à cette personne.
- Je N'autorise PAS** la Clinique à divulguer des informations médicales me concernant à cette personne.

Rang 2

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté ou autre : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____

Adresse email : _____

- J'AUTORISE** la Clinique à divulguer des informations médicales me concernant à cette personne.
- Je N'autorise PAS** la Clinique à divulguer des informations médicales me concernant à cette personne.

Rang 3

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté ou autre : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____

Adresse email : _____

- J'AUTORISE** la Clinique à divulguer des informations médicales me concernant à cette personne.
- Je N'autorise PAS** la Clinique à divulguer des informations médicales me concernant à cette personne.

VOTRE DOSSIER MEDICAL

Avez-vous déjà séjourné à la Clinique Saint-Yves ?

Oui Année : _____ Non

Possédez-vous un DMP : Dossier Médical Partagé ?

Oui et je souhaite que la Clinique Saint-Yves le complète Non
 Oui mais je ne souhaite pas que la Clinique Saint-Yves le complète

VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE

Conformément à l'article L.1111-6 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, vous pouvez, si vous le désirez désigner une personne majeure de votre entourage (famille, ami, médecin traitant,...) en qui vous avez toute confiance pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre et qui accepte d'assumer cette mission.
Cf. Informations pour votre séjour

Je **NE** souhaite **PAS** désigner de personne de confiance et reconnais avoir été informé.

Je **DESIGNE** comme **PERSONNE DE CONFIANCE** majeure durant cette hospitalisation

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté ou autre : _____ qui a accepté ce rôle.

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____

Fait à _____, le _____ Signature de la personne de confiance

Signature du patient



Vos DIRECTIVES ANTICIPÉES

La loi du 2 février 2016 précise les directives anticipées (article L.111-11 du Code de la Santé Publique). Les directives anticipées sont des instructions écrites dans lesquelles vous pouvez prendre des décisions importantes concernant votre fin de vie, dans l'hypothèse où vous seriez incapable de vous exprimer. *Cf. Informations pour votre séjour*

J'ai pris connaissance des documents explicatifs sur les directives anticipées Oui Non

Je souhaiterais obtenir des informations complémentaires sur les directives anticipées Oui Non

J'ai déjà rédigé des directives anticipées : Oui Non

Oui, elles sont auprès de

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté ou autre : _____ qui a accepté ce rôle.

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____

Non, je souhaiterais en rédiger

Non, je NE souhaite PAS en rédiger

Fait à _____, le _____ Signature du patient



VOS CORRESPONDANTS MEDICAUX

Dans le cadre de votre parcours de soins et afin d'en assurer la continuité, autorisez-vous la Clinique Saint-Yves à transmettre les courriers et compte-rendus médicaux à vos médecins ? OUI NON

Votre médecin traitant

NOM : _____ Déclaration auprès de la caisse : OUI NON
Prénom : _____ Spécialité : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ **Ville :** _____
Téléphone : _____ **Fax :** _____
Adresse email : _____
Messagerie sécurisée : _____

Votre médecin adresseur (chirurgien,...)

NOM : _____ Etablissement : _____
Prénom : _____ Spécialité : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ **Ville :** _____
Téléphone : _____ **Fax :** _____
Adresse email : _____
Messagerie sécurisée : _____

Vos autres médecins concernés par votre parcours de soins

NOM : _____ Etablissement : _____
Prénom : _____ Spécialité : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ **Ville :** _____
Téléphone : _____ **Fax :** _____
Adresse email : _____
Messagerie sécurisée : _____

Votre pharmacie habituelle

NOM de la pharmacie _____
Adresse : _____
Code postal : _____ **Ville :** _____
Téléphone : _____ **Fax :** _____
Adresse email : _____
Messagerie sécurisée : _____

Identification : ENR-PEC-ADM-03	Date d'application: Juillet 2020	Version : 3 Page 4 / 4
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------