

DOSSIER ADMINISTRATIF PATIENT

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



Documents obligatoires à fournir

Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour
Carte Vitale
Carte de mutuelle ou de complémentaire santé



CADRE RESERVE A LA CLINIQUE (NE PAS REMPLIR)

Pièces justificatives de l'identité présentées à l'admission (permettant de valider l'identité)

☐ Carte d'identité Nationale (UE) ☐ 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

☐ Femme ☐ Homme

NOM de naissance : _____

Prénoms de naissance : _____

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

Pays de naissance : _____ Nationalité : _____

Identité utilisée (NOM Prénom) : _____

VOS COORDONNEES

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____

Adresse email : _____

Pour les patients mineurs ou sous mesure de protection

Identité et coordonnées du représentant légal 1

Je soussigné(e), NOM de naissance : _____ Prénoms de naissance : _____

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

Atteste être le représentant légal de

NOM et Prénom : _____

Agissant en qualité de

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur(rice) ☐ Curateur(rice) ☐ Autre : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone mobile : _____

Adresse email : _____

Signature du représentant légal



Identité et coordonnées du représentant légal 2

Je soussigné(e), NOM de naissance : _____ Prénoms de naissance : _____

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

Atteste être le représentant légal de

NOM et Prénom : _____

Agissant en qualité de

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur(rice) ☐ Curateur(rice) ☐ Autre : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone mobile : _____

Adresse email : _____

Signature du représentant légal



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 »).

J'accepte :

- de recevoir des informations et communications de la part de la Clinique ☐ Oui ☐ Non
- que les données de mon dossier soient exploitées à d'autres fins que ma prise en charge (Démarche d'amélioration de la qualité) ☐ Oui ☐ Non
- de participer à l'enquête nationale de satisfaction e-Satis ☐ Oui ☐ Non

Cette enquête communiquée par mail est diligentée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Ministère de la Santé*

Concernant votre présence dans l'établissement

☐ Je **N'autorise PAS** le personnel de la Clinique à divulguer ma présence dans l'établissement.

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 : _____

Rang 2

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté ou autre : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____

Adresse email : _____

Rang 3

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté ou autre : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____

Adresse email : _____

VOTRE DOSSIER MEDICAL

Avez-vous déjà séjourné à la Clinique Saint-Yves ? ☐ Oui Année : _____ ☐ Non

* Pour plus de renseignements, vous pouvez consulter le site internet de la Clinique www.clinique-styves.fr ainsi que le **livret d'accueil** disponible en ligne et remis à l'admission. Vous pouvez à tout moment faire valoir vos droits sur vos informations personnelles auprès des organismes concernés.

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.

☐ 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 du patient



Signature de la personne de confiance



Motif d'absence de signature de la personne désignée :

VOS DIRECTIVES ANTICIPEES*

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.

Que sont les directives anticipées et comment les ajouter à Mon espace santé ?

Les directives anticipées sont vos dernières volontés écrites sur les conditions de la poursuite, de la limitation et de l'arrêt, ou du refus de traitement ou d'actes médicaux si, un jour, vous ne pouvez plus communiquer dans une situation médicale de fin de vie. Elles s'imposeront aux médecins.

Vous pouvez les déposer dans la rubrique "Entourage et volontés" de votre profil médical, ou les rédiger directement en ligne grâce au formulaire dédié.

Vous pouvez également indiquer ne pas vouloir les renseigner.



Je soussigné(e)

NOM DE NAISSANCE : _____ NOM d'USAGE : _____

Prénom(s) : _____ DATE et LIEU de NAISSANCE : _____

☐ Je n'ai pas rédigé de directives anticipées et je ne souhaite pas le faire

☐ Je n'ai pas rédigé de directives anticipées et je souhaite le faire : j'en parle à l'équipe soignante

☐ J'ai déjà rédigé des directives anticipées. Elles sont disponibles :

☐ sur Mon Espace Santé (DMP)

☐ auprès de : NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté ou autre : _____ Téléphone : _____

* Pour plus de renseignements, vous pouvez consulter le site internet de la Clinique www.clinique-styves.fr ainsi que le **livret d'accueil** disponible en ligne et remis à l'admission. Vous pouvez à tout moment faire valoir vos droits sur vos informations personnelles auprès des organismes concernés.

VOS INFORMATIONS DE PRISE EN CHARGE POUR VOTRE SEJOUR

Identité de l'assuré

A remplir si différente de la personne hospitalisée

NOM de l'assuré : _____

Prénom de l'assuré : _____

Né(e) le : _____

Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré :

____/____/____/____/____/____/____/____

Nom de la Caisse : _____

Adresse: _____

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

Prestations hôtelières

La Clinique Saint-Yves propose les prestations suivantes : chambre individuelle, télévision, WIFI, téléphone, ...

Le document « **Frais d'hospitalisation et tarifs des prestations hôtelières** » en détaille les tarifs.

Certaines de ces prestations peuvent être remboursées par une complémentaire santé.

Afin de préparer au mieux votre séjour, renseignez-vous auprès de votre mutuelle pour connaître vos droits.

Merci de bien vouloir compléter et nous retourner le « **formulaire de choix des prestations hôtelières ».**

VOS CORRESPONDANTS MEDICAUX

Votre médecin traitant

NOM : _____

Déclaration auprès de la caisse : ☐ OUI ☐ NON

Prénom : _____

Spécialité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Votre médecin adresseur (chirurgien,...)

NOM : _____

Établissement : _____

Prénom : _____

Spécialité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Vos autres médecins concernés par votre parcours de soins

NOM : _____

Établissement : _____

Prénom : _____

Spécialité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Votre pharmacie habituelle

NOM : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

email : _____

Fax : _____