

## QUESTIONNAIRE DE PRE ADMISION

A remettre lors de votre visite pré anesthésique ou 48h avant le jour d'entrée.

- Hospitalisation Ambulatoire       Hospitalisation conventionnelle       Soins de suite et de réadaptation

Nom de votre chirurgien : \_\_\_\_\_ Date de votre intervention : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée : \_\_\_\_\_ Heure d'entrée : \_\_\_\_\_

### Hospitalisé(e)

Prénom Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### Assuré(e), si différent de l'hospitalisé(e)

Prénom Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

### Sécurité Sociale

N° d'assuré : \_\_\_\_\_  
Nom de votre caisse maladie : \_\_\_\_\_  
Adresse de votre caisse maladie : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Article 115       ALD  
 Accident du travail       Maladie Professionnelle      Date de l'arrêt de travail : \_\_\_\_\_

Dans l'un de ces 2 cas, merci de préciser :

Nom de votre employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse de votre employeur : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### Mutuelle

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_  
Nom de votre mutuelle : \_\_\_\_\_  
Adresse de votre mutuelle : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### Niveau de confort

- Chambre double       Télévision       Hébergement d'un accompagnant  
 Chambre simple       Téléphone       Non divulgation de ma présence

Fait à : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_