Capio Clinique du Tonkin

A remettre au service de pré-admissions - Centre de consultations Bayard
46 avenue Condorcet - 4ème étage - 69100 VILLEURBANNE

Service des Pré-Admissions
Tél : 0 826 101 201
Fax : 04 72 82 68 81

FICHE DE PREADMISSION

A quoi sert la fiche de pré admission ?	A préparer votre dossier administratif et ainsi ***valider votre entrée.***
Quand doit-on remettre cette fiche de pré admission ?	Au moins 10 jours avant votre intervention
Comment doit-on remettre cette fiche de pré admission ?	Soit : • En la donnant au service de pré-admissions • par courrier • par fax (04 72 82 68 81) • par mail : cdt-pre-adm@capio.fr
Documents à fournir impérativement avec cette fiche de pré admission	• **Votre carte vitale mise à jour ou copie de votre attestation de sécurité sociale.** • **La prise en charge de votre mutuelle** • **La photocopie de votre carte d'identité**

Date d'entrée à la clinique : ……..... Date d'intervention : ……..

Nom du médecin ou du chirurgien : ……..……

Renseignements administratifs du patient :

Situation de famille : ☐ célibataire ☐ pacsé ☐ marié ☐ divorcé ☐ veuf

Nom : ……..…… Prénom : ……...…… Sexe : ☐ M ☐ F

Nom de jeune fille : ……...……..……...

Né(e) le : …….. Lieu de naissance : ……..……..…. Dpt : ……..……

Adresse : ……..……..……..

Code postal : …… Ville : …… Pays : ……....

Téléphone domicile : ……. Téléphone portable : ……..……...

Renseignements sur votre sécurité sociale :

N° de sécurité sociale : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Nom et adresse de votre sécurité sociale : ……..……..……....

Pour le patient assuré par un tiers

Nom et prénom de l'assuré : …… Date de naissance de l'assuré : ……

Adresse de l'assuré : ……..……..

Renseignements sur la mutuelle

Avez-vous une mutuelle ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui,

N° d'adhérent de votre mutuelle : ……

Nom de votre mutuelle : ……

Adresse de la mutuelle : ……..……..……

Bénéficiez-vous de la CMU ? ☐ Oui ☐ Non

- **Votre hospitalisation est-elle liée à un Accident du Travail ? ☐ Oui ☐ Non**

Si oui, nom de l'employeur : ……

Adresse complète de l'employeur : ……

- **L'hospitalisation concerne-t-elle une assurée ayant plus de 6 mois de grossesse ? ☐ Oui ☐ Non**
- **Etes-vous pensionné de guerre ? ☐ Oui ☐ Non**

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom et prénom : ……..……..…. Téléphone : ……

Lien de parenté : ……...