

Date d'entrée prévue, le Nom du chirurgien :

INFORMATIONS PATIENT

Nom de naissance : Prénom :
 Nom d'épouse : Sexe : M ☐ F ☐
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tél. (fixe) : Tél. (mobile) :
 Adresse mail :
 Médecin traitant :
 Personne à prévenir : Lien de parenté :
 Tél. (fixe) : Tél. (mobile) :

SOUHAITS du patient pour son HOSPITALISATION

☐ Je souhaite que ma **présence** au sein de la clinique ne soit **pas divulguée**

SOUHAITS du patient concernant les PRESTATIONS HOTELIÈRES

Informations importantes

- **Le coût des prestations particulières** demandées par le patient **reste à sa charge** y compris si sa couverture complémentaire ne couvre pas l'intégralité du montant.
- **Si pas de tiers payant (Mutuelle, CMU, ...) une caution de 70 €** vous sera demandée lors de votre entrée.
- Les **prestations sont facturées directement à la sortie** de la clinique.

Cocher et signer les cases correspondantes

			Signature
☐	Je souhaite une Chambre Particulière (si placement en chambre) <i>Sous réserve de disponibilité</i>	70 €	
☐	Forfait Box Cocon	30 €	
☐	Je ne souhaite aucune des 2 propositions ci-dessus		
<i>Coût des communications : appels locaux, nationaux ou GSM : 0,018€ la 1^{ère} seconde puis 0,08€/min (tarification à la seconde)</i>			

☐	Caution de 70 € versée (si pas de tiers payant)	Le / /	
--------------------------	--	---------------------------------	--

A, le

SIGNATURE précédée de la mention « **Lu et approuvé** »
(Préciser nom et pour ordre si le signataire est différent du patient)