FICHE ADMINISTRATIVE

Date d'entrée : _____ / _____ /_____

Avez-vous déjà séjourné dans notre établissement ? ☐ OUI ☐ NON

RENSEIGNEMENTS PATIENT(E)		
Nom d'usage :	Prénom(s) :	Sexe : ☐F ☐M
Nom de naissance :	Date de naissance :	
Lieu de naissance :	Nationalité :	
Tel. Domicile :	Tel. Portable :	
Mail :		
Adresse :		
Code postal :	Ville :	
Situation : ☐ Célibataire ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Autre :		
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	
Lien de parenté :		
Position juridique : ☐ Sous tutelle ☐ Sous curatelle Nom et coordonnées du tuteur, curateur, sauvegarde de justice et /ou représentants légaux :		

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE		
Nom de la caisse :		
Code postal :	Ville :	
N° de Sécurité Sociale :		
Bénéficiez-vous de l'ACS : ☐ oui ☐ non	CSS : ☐ oui ☐ non	
Etes-vous en ALD : ☐ oui ☐ non	Invalidité : ☐ oui ☐ non	
S'agit-il d'un Accident du Travail : ☐ oui ☐ non	Date de l'AT :	Numéro de l'AT :

MUTUELLE (complémentaire)	
Caisse Mutuelle :	Adresse :
N° d'adhérent :	

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E) (si le patient n'est pas l'assure)	
Nom d'usage :	Prénom :
Nom de naissance :	Né(e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Lien avec l'assuré :	

MERCI DE BIEN VOULOIR COMPLETER LE DOSSIER ET NOUS LE RETOURNER AU MINIMUM 3 SEMAINES AVANT VOTRE ADMISSION.

Copie des pièces obligatoires à joindre :

- Pièce d'identité
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale
- Attestation d'accident du travail le cas échéant