

FICHE ADMINISTRATIVE

IDENTITE ET SEJOUR DU PATIENT

NOM d'usage et Prénom : _____

NOM de naissance : _____

Sexe : Masculin Féminin / **Qualité :** Monsieur Madame Enfant

Situation de famille : Célibataire Marié Séparé Divorcé Veuf Pacsé Vie Maritale Non précisé

Date de naissance : ____/____/____ **Lieu de naissance (N°département) |** ____|____ **Ville** _____

Adresse détaillée _____

Code postal |__|__|__|__|__| Localité _____

Courriel (mail) : _____

Téléphone **Domicile** |__|__|__|__|__|__| **Portable** |__|__|__|__|__|__|

DATE D'ENTREE ____/____/20____

HEURE D'ENTREE |__|__h__|__|

UF ET SERVICE D'ADMISSION |__|__|__|__| _____

Si séjour en lien avec un accident du travail, **date de l'A.T. :** ____/____/20____

Et **nom de l'employeur :** _____

Situation de Handicap : Refus de mention du pictogramme sur dossier



Nom du Médecin traitant : _____ **Ville :** _____

PERSONNES A PREVENIR

NOM et Prénom _____

Lien avec le patient : conjoint(e) époux/se enfant parent tuteur sœur/frère
 nièce/neveu autre : _____

Adresse détaillée _____

Code postal |__|__|__|__|__| Localité _____

Téléphone *Domicile* |__|__|__|__|__|__| *Portable* |__|__|__|__|__|__|

NOM et Prénom _____

Lien avec le patient : conjoint(e) époux/se enfant parent tuteur sœur/frère
 nièce/neveu autre : _____

Adresse détaillée _____

Code postal |__|__|__|__|__| Localité _____

Téléphone *Domicile* |__|__|__|__|__|__| *Portable* |__|__|__|__|__|__|

PATIENT MINEUR

Mère :

NOM et Prénom _____

Adresse détaillée _____

Téléphone | . . . | . . . | . . . | . . . | . . . |

Titulaire de l'autorité parentale :

Exercice conjoint

Père :

| . . . | . . . | . . . | . . . | . . . |

Exercice unilatéral

Tuteur (cf «protection juridique»)(1)

PATIENT MAJEUR PROTEGE

Protection juridique du patient : Curatelle

Tutelle du patient (1)

Coordonnées du Curateur ou du Tuteur :

NOM de naissance et Prénom _____

Adresse détaillée _____

Code postal | __[__|__|__|__|__|__| Localité _____

Courriel (mail) : _____

Téléphone **Domicile** | . . . | . . . | . . . | . . . | . . . | **Portable** | . . . | . . . | . . . | . . . | . . . |

(1) Dans ce cas, nécessité d'un consentement écrit signé de la personne chargée de la protection/ du juge / ou du conseil de famille pour une intervention avec anesthésie générale ou loco régionale

Lorient le ____/____/20____

Signature

CHAMBRE PARTICULIERE

Tarif de la chambre particulière hors prise en charge mutuelle :

. 65 € par jour en médecine, chirurgie et obstétrique (court séjour – site Scorff)

. 45 € par jour en soins de suite et de réadaptation (sites de Kerbernès et Kerlivio)

. 25 € par venue en chirurgie ambulatoire

Tarif de la chambre particulière fixé par l'accord-cadre signé entre la Mutualité Française Bretagne et le GHBS le 17/01/17

Ce tarif « chambre particulière » est facturé directement à votre mutuelle.

. 52 € par jour en médecine, chirurgie et obstétrique (court séjour – site Scorff)

. 40 € par jour en soins de suite et de réadaptation (sites de Kerbernès et Kerlivio)

. 20 € par venue en chirurgie ambulatoire

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance de l'information concernant les règles de facturation de la chambre particulière et demande l'attribution d'une chambre particulière, affectée en fonction des disponibilités du service.

Lorient le ____/____/20____

Signature

DEMANDE DE NON DIVULGATION DE PRESENCE

Je soussigné(e) M _____ né(e) le ____/____/____ souhaite l'application d'une mesure de **non divulgation** de ma présence au GHBS pour la durée de mon hospitalisation.

Dans ce cas, aucune information ne sera donnée à l'accueil ou au standard concernant votre présence (et vous n'aurez pas de visiteurs, sauf les personnes que vous aurez prévenues).

Lorient le ____/____/20____

Signature

A l'attention des professionnels qui programment une hospitalisation en présence du patient :

- **Photocopier** impérativement la carte de mutuelle (**en recto / verso**) ou l'attestation CMU du patient ainsi qu'une pièce d'identité (CNI, Passeport, Permis de conduire, Carte de séjour, ...)
- **Agrafer** ces documents à la présente « Fiche administrative »

