



FORMULAIRE D'ADMISSION

ETIQUETTE

Date d'entrée : Heure : Date de sortie : Heure :

M F Enfant

Nom:

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Statut familiale :

Marié Concubinage Pacsé Divorcé

Célibataire Veuf

Couverture sociale :

Assuré Bénéficiaire

Nom de l'assuré :

CAFAT N°

Mutuelle :

N° :

Aide médicale Sud / Nord / Iles

N° :

Autre :

Employeur :

Nom :

Tél :

Accident de travail : oui / Non

Si oui, du :

Adresse Principale :

.....

Ville : Code Postale :

Boite Postale : Code Postale :

Tél domicile : Tél portable :

Adresse sur Nouméa / Grand Nouméa

.....

(Merci de préciser le nom, le lien familial et le contact téléphonique de la personne qui vous reçoit)

Tél domicile : Tél portable :

Autorisation Parentale / Tutelle / Curatelle

Je(Nous) soussigné (s).....

Agissant en qualité de de l'enfant

..... de l'adulte

Autorise la Clinique..... et les médecins à pratiquer tous les examens, investigations et interventions y compris l'anesthésie générale.

Signature du Père

Signature de la mère

Signature du tuteur légal

Précédé de la mention « Lu et approuvé »

Règlement de la totalité des frais d'hospitalisation

Je soussigné(e).....m'engage à régler la totalité des frais d'hospitalisation non pris en charge

Signature

Précédé de la mention « Lu et approuvé »

P
A
T
I
E
N
T

P
A
T
I
E
N
T

P
A
T
I
E
N
T

P
A
T
I
E
N
T

FORMULAIRE D'ADMISSION / RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

PERSONNE(S) A PREVENIR : (nom, prénom et précisez le lien avec vous)

- Tél :

- Tél :

- Tél :

P
A
T
I
E
N
T

PERSONNE DE CONFIANCE

le formulaire explicatif vous a été remis et vous avez décidé de :

désigner Mme, Mr

Lien :

Tél : /

de ne pas désigner de personne de confiance

Signature :

P
A
T
I
E
N
T

SUIVI MEDICAL/ PARAMEDICAL

Médecin traitant : Tel :

Cardiologue : Tél :

Ophtalmo : Tél :

Pneumo : Tél :

..... Tél :

IDE libérale : Tél :

Aide à domicile : Tél :

..... Tél :

CADRE RESERVE AUX SERVICES DE SOINS

ADMISSION / PARCOURS

Entrée le : **Heure :**

Venu accompagné de :

Tél :

Urgence Programmé Transfert de

Installé Service : N° Chbre :

Mouvement :

- N° Chambre le

- N° Chambre le

- N° Chambre le

- Transféré

du au

Sortie le : **Heure :**

- Sans autorisation : décharge signée non signée

- Programmée : Domicile Famille sur Née /Grand Nouméa

par ses propres moyens

VSL

Ambulance

Transfert

Autre :