

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

M F Enfant

Nom de naissance :

Nom d'usage (ou marital) :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Statut familial :

Marié(e) Concubinage Pacsé(e) Divorcé(e)

Célibataire Veuf / Veuve Séparé(e)

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 :

N° d'Appartement.....N° et Nom de Bâtiment.....

N° et nom de la rue.....

N° et Nom du Lotissement.....

Quartier.....

Ville..... Boite Postale :

Code Postal :

Tél domicile : Tél portable.....

Adresse mail :

Si vous habitez hors Nouméa / grand Nouméa, veuillez indiquer l'adresse de votre hébergement sur Nouméa / Grand Nouméa

Nom de l'hébergeur :

Lien familial :

Tél domicile : Tél portable :

PERSONNE(S) A PREVENIR : (Nom, Prénom et précisez le lien avec vous)

-Tél :

-Tél :

-Tél :

Avez-vous été hospitalisé hors Territoire ou au CHT dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

P
A
T
I
E
N
T

/

P
R
O
C
H
E

P
A
T
I
E
N
T

/

P
R
O
C
H
E

FORMULAIRE D'ADMISSION / RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

SUIVI MEDICAL/ PARAMEDICAL

Médecin traitant : Tél :

Cardiologue : Tél :

Ophtalmologue : Tél :

Pneumologue : Tél :

IDE libérale : Tél :

Aide à domicile : Tél :

Autres : Tél :

Enfants – 18 ans, la personne sous tutelle ou curatelle

(à remplir par les parents- le tuteur ou le curateur)

Je(nous) soussigné (ons).....

Agissant en qualité de

de l'enfant ou de l'adulte sous tutelle /curatelle.....

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

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Le Père : La mère : Tuteur ou curateur légal :

P
A
T
I
E
N
T

/
P
R
O
C
H
E

CADRE RESERVE AUX SERVICES DE SOINS

ADMISSION / PARCOURS :

✓ Mouvement : **cocher si passage en chambre seule**

Demande faite par le patient en cours de séjour le :

Signature

du patient :

- N° Chambre le heure.....

- N° Chambre le heure.....

- N° Chambre le heure.....

Isolement..... du..... au

Soins palliatifs..... du..... au

USC :..... du..... au

✓ MODE DE SORTIE :

Domicile.....

Sortie sans autorisation.....

Transfert dans un autre établissement (CSSR-CHT.....).....

Mutation en SSR de la clinique Kuindo-Magnin.....

Autres (si décès heure à préciser :.....h.....).....

Accord de règlement de la totalité des frais d'hospitalisation et/ou de la prise en charge aux services des urgences

- Je soussigné(e).....
- **m'engage à régler la totalité des frais d'hospitalisation non pris en charge par une couverture sociale**
- **m'engage à payer les frais de tous les examens** à ma charge (soins médicaux, analyses de biologie et radiologie) dans le cadre d'une **consultation aux services des urgences**
- **sollicite une chambre seule** (selon les disponibilités) dont le tarif inclut le forfait journalier – **Tarif en vigueur au Bureau des entrées** - cocher la case : oui non

• **accepte que mes données personnelles soient susceptibles d'être partagées aux partenaires de soins de la clinique dans le cadre de ma prise en charge médicale**

Signature - Précédée de la mention « Lu et approuvé » :