

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

Masculin Féminin

Nom de naissance :

Nom d'usage (ou marital) :

Prénom :

Date de naissance : / /

Age :

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 :

P
A
T
I
E
N
T
/
P
R
O
C
H
E

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

FORMULAIRE D'ADMISSION / RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

SUIVI MEDICAL/ PARAMEDICAL	P A T I E N T / P R O C H E	CADRE RESERVE AUX SERVICES DE SOINS
<p>Médecin traitant : Tél :</p> <p>Cardiologue : Tél :</p> <p>Ophtalmologue : Tél :</p> <p>Pneumologue : Tél :</p> <p>IDE libérale : Tél :</p> <p>Aide à domicile : Tél :</p> <p>Autres : Tél :</p>	P A T I E N T / P R O C H E	<p>ADMISSION / PARCOURS :</p> <p>✓ Mouvement : cocher si passage en chambre seule <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Demande faite par le patient en cours de séjour le :</p> <p>Signature</p> <p>du patient :</p> </div> <p>- N° Chambre le heure.....</p> <p>- N° Chambre le heure.....</p> <p>- N° Chambre le heure.....</p> <p><u>Isolement</u>..... <input type="checkbox"/> du..... au</p> <p><u>Soins palliatifs</u>..... <input type="checkbox"/> du..... au</p> <p><u>USC</u> :..... <input type="checkbox"/> du..... au</p> <p>✓ MODE DE SORTIE :</p> <p>Domicile..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sortie sans autorisation..... <input type="checkbox"/></p> <p>Transfert dans un autre établissement (CSSR-CHT...) <input type="checkbox"/></p> <p>Mutation en SSR de la clinique Kuindo-Magnin..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (si décès heure à préciser :h.....)..... <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center; color: red;">Enfants – 18 ans, la personne sous tutelle ou curatelle</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(à remplir par les parents- le tuteur ou le curateur)</p> <p>Je(nous) soussigné (ons).....</p> <p>Agissant en qualité de</p> <p>de l'enfant ou de l'adulte sous tutelle /curatelle.....</p> <p>Autorise la Clinique KUINDO-MAGNIN et les médecins à pratiquer tous les examens, Investigations et interventions y compris l'anesthésie générale.</p> <p>Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »</p> <p>Le Père : La mère : Tuteur ou curateur légal :</p>		

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

- Je soussigné(e).....
- **Je m'engage à régler la totalité des frais d'hospitalisation non pris en charge par une couverture sociale**
- **Je 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**
- **La clinique est un lieu ouvert, les biens conservés dans votre chambre restent sous votre entière responsabilité**
- **Je sollicite une chambre seule** (selon les disponibilités) **Tarif en vigueur 5 500 F + Forfait journalier : 1 900 F = 7 400 F** - Cocher la case : oui non
- **J'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 » :