

Madame, Monsieur, vous allez être hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de la Miséricorde.

Afin de programmer au mieux votre séjour, nous vous demandons de bien vouloir compléter les renseignements suivants :

**ETIQUETTE
PATIENT**

Renseignements concernant le séjour

Date et heure prévisionnelles d'hospitalisation : _____

Service : _____ Médecin : _____

Durée du séjour prévue : _____

Renseignements concernant le patient

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____

Prénom(s) _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Mail : _____ Téléphone : _____

Situation de famille : Célibataire marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Autre :

☛ **OBLIGATOIRE** : - Copie carte d'identité ou passeport

- Carte vitale, mutuelle

Hospitalisation d'un mineur

Autorité parentale désignée : _____

☛ **OBLIGATOIRE** : - Copies carte d'identité et livret de famille

- Signature de la fiche d'admission

Renseignements concernant l'assuré

Le patient est l'assuré : Oui Non

N° immatriculation :

Centre de sécurité sociale : _____

Mutuelle : _____

Acte hors nomenclature (ACHN) : _____ A régler à la régie du CHA

**VEUILLEZ CONTACTER VOTRE MUTUELLE POUR OBTENIR UNE PRISE EN CHARGE POUR VOTRE
HOSPITALISATION ET RENVoyer CE DOCUMENT AU BUREAU DES ADMISSIONS.**



POUR NOUS JOINDRE : ☎ 04.95.29.90.15 - 📠 04.95.29.90.14

MAIL : gestion.bentrees@ch-ajaccio.fr

Personne à prévenir

Nom, prénom(s) _____

Qualité, lien de parenté _____

 Fixe _____  Portable _____

Personne de confiance

Nom, prénom(s) _____

Qualité, lien de parenté _____

 Fixe _____  Portable _____

Confidentialité

Souhaitez-vous autoriser les visites et pouvoir être joint dans votre chambre ? Oui Non

Souhaitez-vous que votre séjour soit confidentiel ? Oui Non